

# Grenseløse helsetjenester

Av Lotte Tvedt

STORTINGETS UTREDNINGSSEKSJON


PERSPEKTIV 03/18



---

Layout og trykk: Stortingets grafiske seksjon, 2018

Bilde på forsiden: iStock photo

 Svanemerket trykksak, 2041 0654

## Forord

Denne utgaven av Perspektiv er basert på deler av min helårs masteroppgave i rettsvitenskap, som ble levert ved Universitetet i Oslo våren 2018. Oppgavens fulle tittel var «Grenseløse helsetjenester – Om norske myndigheters kompetanse til å begrense norske pasienters adgang til å motta helsetjenester i en annen EØS-stat», og den ble bedømt ved Nordisk institutt for sjørett (NIFS). Oppgaven ble skrevet mens jeg var stipendiat i Stortingets utredningsseksjon, samtidig som jeg også var tilknyttet fagmiljøet ved Senter for europarett.

Som for andre tjenester innebærer EØS-avtalen at norske pasienter som utgangspunkt fritt skal kunne motta helsetjenester i andre EØS-stater på like vilkår som om tjenesten var ytet i Norge. Hva som nærmere ligger i dette utgangspunktet, blir behandlet, men oppgavens hovedvekt ligger på den EØS-rettslige muligheten til å gjøre unntak fra tjenestefriheten. Denne unntaksadgangen er hittil lite benyttet av Norge, men ettersom velferdsstaten er under et stadig økende press, er det ikke gitt at det for fremtiden er ønskelig at en gruppe norske pasienter fritt kan benytte seg av andre helsesystemer enn det norske. Dette gjelder primært der den norske folketrygden skal finansiere behandlingene, men en jevn pasientflyt ut av landet kan også ha betydning for den nasjonale helsefaglige kompetansen samt for planleggingsmuligheter ved større behandlinger.

Etter en generell redegjørelse for EØS-rettens unntaksvilkår anvendes disse i oppgaven på fire ulike situasjoner hvor det kan være særlig aktuelt for den norske stat å begrense norske pasienters rett til å motta helsetjenester i en annen EØS-stat. Dette gjelder henholdsvis krav til forhåndsgodkjenning for refusjon av kostnader påløpt i forbindelse med utenlandsbehandlinger, krav til forhåndsgodkjenning for å ha rett til å motta en behandling hvor kravet skyldes frykten for økt forekomst av antibiotikaresistente bakterier, det norske forbudet mot medvirkning til eutanasi samt kriminaliseringen av å kjøpe seksuelle tjenester hvor tjenestemottakeren er en pasient. I dette notatet behandles de to sistnevnte restriksjonene.

Notatet søker å gi en oversikt over de utvalgte problemstillingene, men for å få en mer helhetlig forståelse av rettsområdet anbefales det å lese masteravhandlingen i sin helhet.

Jeg står i særlig takknemlighetsgjeld til professor Finn Arnesen, som gjennom kyndig veiledning og stadig oppmuntring er hovedårsaken til at masteroppgaven ble ferdig i tide. Videre vil jeg takke alle mine kolleger i Stortingets utredningsseksjon for et godt og stimulerende arbeidsmiljø, og da spesielt EØS-jurist Tone Aursland for mange givende faglige diskusjoner. En særlig takk må også rettes til mine medstipendiater i seksjonen, Ida Marie Andenæs Galtung og Ida Lovise Gjeset, som begge har gjort det å sitte på kontoret til alle døgnets tider til en fryd. Jeg har også fått god hjelp av stortingsbibliotekar Kari Gyllander i forbindelse med kildesøk. Til sist må jeg takke Marie Lohnås Nygaard, som har bidratt med all mulig praktisk hjelp gjennom hele skriveperioden, i tillegg til å være et generelt hyggelig menneske.

3. august 2018

Lotte Tvedt

## INNHOLD

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1.    | BAKGRUNN FOR PERSPEKTIVET .....   | 4  |
| 2.    | OM OMFANGET AV PASIENTFLYTEN UT AV NORGE .....  | 5  |
| 2.1   | Omfanget av behandlinger foretatt i andre EØS-stater .....                                  | 5  |
| 2.2   | Årsaker til at en pasient ønsker behandling i en annen EØS-stat.....                        | 5  |
| 2.3   | Nasjonal betydning av en økt pasientflyt ut av Norge .....                                  | 6  |
| 3.    | GENERELT OM UNNTAKSADGANGEN ETTER EØS-AVTALEN.....  | 7  |
| 3.1   | Om EØS-avtalen og tjenestefrihet .....  | 7  |
| 3.2   | Nærmere om tjenestefriheten og helsetjenester .....   | 8  |
| 3.3   | Unntak fra restriksjonsforbudet.....  | 9  |
| 4.    | GENERELT OM KRIMINALISERING AV MOTTAKELSE AV HELSETJENESTER.....                            | 11 |
| 5.    | KRIMINALISERING AV MEDVIRKNING TIL EUTANASI.....  | 12 |
| 5.1   | Innledning .....  | 12 |
| 5.1.1 | Begrepsavklaring .....  | 12 |
| 5.1.2 | Den belgiske regulering .....   | 13 |
| 5.2   | Det norske strafferettslige ansvar .....  | 14 |
| 5.2.1 | Straffebudene .....   | 14 |
| 5.2.2 | Eutanasibehandlingen .....  | 14 |
| 5.2.3 | Medvirkning til eutanasihandlingen .....  | 15 |
| 5.2.4 | Straffebudenes betydning.....   | 16 |
| 5.3   | Forbudet mot medvirkning til eutanasihandlingen og EØS-retten.....                          | 17 |
| 5.3.1 | Innledning .....  | 17 |
| 5.3.2 | Eutanasihandlingen som tjeneste .....   | 17 |
| 5.3.3 | Hvorvidt det foreligger en restriksjon .....  | 18 |
| 5.4   | Unntaksadgangen .....   | 19 |
| 5.4.1 | Innledning .....  | 19 |
| 5.4.2 | Begrunnelse i legitime hensyn .....   | 19 |
| 5.4.3 | Beskyttelsesnivå .....  | 21 |
| 5.4.4 | Egnetet .....   | 21 |
| 5.4.5 | Nødvendighet .....  | 22 |
| 6.    | KRIMINALISERING AV PASIENTERS KJØP AV SEKSUELLE TJENESTER OG MEDVIRKNING<br>TIL DETTE ..... | 23 |
| 6.1   | Innledning .....  | 23 |
| 6.1.1 | Om problemstillingen og dens betydning .....  | 23 |
| 6.1.2 | Norsk kriminalisering av kjøp av seksuelle tjenester .....                                  | 24 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 6.2   | Pasienters adgang til å kjøpe seksuelle tjenester etter dansk rett ..... | 25 |
| 6.2.1 | Den danske ordning .....   | 25 |
| 6.2.2 | Ordningens betydning for norske personer .....                           | 25 |
| 6.3   | Forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester og EØS-retten .....             | 26 |
| 6.3.1 | Innledning .....   | 26 |
| 6.3.2 | Hvorvidt det foreligger en tjeneste og en restriksjon .....              | 26 |
| 6.4   | Unntaksadgangen .....  | 27 |
| 6.4.1 | Begrunnelse i legitime hensyn .....                                      | 27 |
| 6.4.2 | Beskyttelsesnivå .....   | 29 |
| 6.4.3 | Egnethet .....   | 30 |
| 6.4.4 | Nødvendighet .....   | 31 |
| 7.    | SAMMENFATNING .....  | 33 |
|       | KILDER .....   | 35 |

## 1. BAKGRUNN FOR NOTATET

I 2016 oppsøkte 70 prosent av den norske befolkning en allmennlege én eller flere ganger.<sup>1</sup> Året etter sysselsatte spesialisthelsetjenesten i overkant av 114 000 personer, hvorav de langt fleste må antas å være norske, samtidig som de totale driftskostnadene i gjennomsnitt beløp seg til 26 400 kroner per innbygger.<sup>2</sup> Helsevesenet spiller altså en stor rolle ikke bare for enkeltmenneskets liv og helse, men også for det norske samfunn som sådant.

Organiseringen og finansieringen av helsetjenestene er i dag en viktig statlig oppgave, samtidig som antallet nordmenn som har privat helseforsikring, har steget dramatisk det siste tiåret.<sup>3</sup> Dette illustrerer hvordan helsesektoren er et felt i utvikling, hvor offentlige og private interesser til dels har begynt å konkurrere mot hverandre. Også mellom pasientgrupper kan det sies å foreligge en konkurransesituasjon; enhver ønsker å bli tilbudt best mulig behandling raskest mulig, men ettersom både de økonomiske, tekniske og menneskelige ressursene er begrenset, må det daglig gjøres prioriteringer.

Tradisjonelt har prioriteringsspørsmål i helsevesenet blitt avgjort nasjonalt, og det har vært en uttalt forutsetning at langt de fleste norske pasienter skal motta helsehjelp her i landet. Helsemyndighetene har angitt faglige retningslinjer for prioritering, og disse er blitt fulgt. Denne modellen kan i dag ikke bare bli utfordret av at pasienter kan kjøpe private helsetjenester, og således «betale seg forbi» de offentlige køene, men også av Norges EØS-rettslige forpliktelser.

Gjennom sin tilslutning til EØS-avtalen har Norge nemlig forpliktet seg til å sikre at tjenester fritt kan bevege seg over landegrensene innad i EØS-området. Nasjonale regler skal gjelde tilsvarende for tjenester med og uten et grensekryssende element. Dette gjelder som utgangspunkt også for helsetjenester, noe som er nærmere utpenslet i EUs trygdeforordning og pasientrettighetsdirektiv.<sup>4</sup> Hovedregelen om tjenestefrihet for helsetjenester har etter hvert fått betydning for stadig flere norske pasienter, noe som behandles nærmere i perspektivnotatets kapittel 2.

Tjenestefriheten kan allikevel på gitte vilkår begrenses. I dette perspektivnotatet skal det først gis en oversikt over hvilke vilkår som alltid må være oppfylt for at unntak fra EØS-avtalen kan tillates. Dersom den norske stat ønsker å innføre en hvilken som helst form for restriksjon på pasientflyten ut av landet, må det vurderes om de beskrevne vilkår er oppfylt i den konkrete sak.

I masteravhandlingen dette perspektivet bygger på, behandles flere former for unntak fra tjenestefriheten. Dette perspektivnotatets hovedvekt vil imidlertid ligge på et aspekt ved grensekryssende helsetjenester som sjelden, om noensinne, har vært trukket frem i Norge, nemlig adgangen til å kriminalisere det å motta enkelte helsetjenester i andre EØS-stater ut fra

---

<sup>1</sup> Jf. Statistisk sentralbyrå (2017).

<sup>2</sup> Jf. Statistisk sentralbyrå (2018).

<sup>3</sup> Se Christiansen (2017).

<sup>4</sup> Se henholdsvis EP/RfO 2004/883/EF og EP/Rdir 2011/24/EU.

moralske betraktninger. I denne omgang er slike tjenester representert ved eutanasi (aktiv dødshjelp) og seksuelle tjenester som ytes til en person som grunnet nedsatt funksjonsevne ellers ikke vil være i stand til å oppnå seksuell tilfredsstillelse. Etter norsk rett kan en norsk person ikke kjøpe eller motta seksuelle tjenester i andre EØS-stater, og det er forbudt å medvirke til at en norsk person mottar eutanasi i en annen EØS-stat hvor eutanasi kan utføres lovlig. Hvorvidt de norske forbud kan opprettholdes etter EØS-retten, beror på om unntaksvilkårene som beskrives i kapittel 3.3, er oppfylt.

## **2. OM OMFANGET AV PASIENTFLYTEN UT AV NORGE**

### **2.1 Omfanget av behandlinger foretatt i andre EØS-stater**

Det finnes ingen fullstendig oversikt over hvor mange norske pasienter som årlig har mottatt helsetjenester i en annen EØS-stat. Dette skyldes at de behandlinger som hyppigst mottas, er blant dem pasienten selv finansierer, også når de utføres i Norge, herunder særlig tannbehandlinger, og slike behandlinger føres det foreløpig ikke noe register over. For behandlinger pasienten helt eller delvis ville ha fått offentlig støtte til i Norge, er det imidlertid utarbeidet oversikt over folketrygdens utgifter i forbindelse med behandlinger i andre EØS-stater. Av denne fremgår det at det samlede refusjonsbeløpet har økt betraktelig fra 2011 og til i dag.<sup>5</sup> Dette skyldes trolig for en stor del innføringen av EUs pasientrettighetsdirektiv, men også den økte bevisstheten i befolkningen om adgangen til å få refundert kostnader i forbindelse med utenlandsbehandling.

Selv om det ikke finnes sikre tall, er det grunn til å anta at økningen i antall pasienter som mottar privatfinansierte helsetjenester i en annen EØS-stat, er høyere enn for offentlig finansierte tjenester.<sup>6</sup> Bruken av begrepet «helseturisme», som viser til planlagte behandlinger som gjerne foretas i forbindelse med feriereiser,<sup>7</sup> har hatt en nærmest eksplosiv vekst,<sup>8</sup> og det samme har reiser hvor å motta helsehjelp er det eneste formålet. Det er ikke lenger uvanlig å dra til Ungarn for å motta tannbehandling eller til Tyskland for å få mer avansert kreftbehandling enn det som tilbys i Norge. Slike behandlinger er som regel planlagte, men de kan også gis for å dekke et akutt behov som oppstår etter at pasienten har reist ut fra Norge.

### **2.2 Årsaker til at en pasient ønsker behandling i en annen EØS-stat**

Det kan være flere årsaker til at en norsk pasient ønsker å motta helsetjenester i et annet land enn Norge. For det første kan det selvsagt skyldes at vedkommende oppholder seg i en annen EØS-stat når behandlingsbehovet oppstår, enten fordi personen er på ferie, eller fordi han eller hun er bosatt der, og det er mest praktisk å gjennomføre behandlingen der pasienten oppholder seg. Tilsvarende kan gjelde for personer som bor nær grensen til et annet land, typisk Sverige, slik at det er mer praktisk å motta helsetjenester der.<sup>9</sup> Andre vanlige årsaker til pasientmobilitet er at kvaliteten på helsetjenesten som mottas, anses å være bedre, og/eller at pasientens kostnader i forbindelse med behandlingen er lavere enn i Norge. Pasienten kan også ha hatt

---

<sup>5</sup> Jf. Helsedirektoratet (2017).

<sup>6</sup> For tannhelsetjenester, se Mæland (2015).

<sup>7</sup> Jf. Det Norske Akademis ordbok (ingen dato).

<sup>8</sup> Et søk på begrepet i Retriever viser at det er registrert brukt til sammen 3 ganger i norske papiraviser før 1. januar 2005, mens det etter denne datoen er blitt brukt 268 ganger.

<sup>9</sup> Jf. EU-kommisjonen (2016). Se eksempelvis om samarbeid om helsetjenestene på grensen mellom Nederland og Belgia i Rosenmöller mfl. (red.) (2006), s. 101.

positive opplevelser med slik behandling før, eller kjenner noen som har hatt det.<sup>10</sup> De mest populære behandlingslandene blant norske pasienter som har mottatt helsetjenester i et annet EØS-land, og hvor (en del av) kostnadene refunderes av den norske stat, er Spania, Tyskland, Frankrike og Polen.<sup>11</sup>

Selv om antallet norske personer som har fått refundert kostnader påløpt i forbindelse med behandlinger i andre EØS-stater, har økt, utgjør utgifter til slike refusjoner fremdeles en svært liten del av det samlede norske helsebudsjettet.<sup>12</sup> Tilsvarende utvikling gjelder for de øvrige EU- og EFTA-landene.<sup>13</sup> Det antas imidlertid at det vil skje en betydelig vekst i forekomsten av grensekryssende helsetjenester innenfor EØS-området de neste årene, særlig som følge av EUs pasientrettighetsdirektiv.<sup>14</sup> Det er grunn til å tro at det samme vil gjelde i Norge, og at det til en viss grad allerede er skjedd for helsetjenester som pasientene selv dekker, og som det ikke finnes noen offisiell oversikt over.

### 2.3 Nasjonal betydning av en økt pasientflyt ut av Norge

Utviklingen beskrevet i kapittel 2.2 viser at den EØS-rettslige adgangen til å begrense pasientflyten ut av Norge allerede har relevans for noen pasienter og trolig vil ha det for enda flere i fremtiden. Dette skyldes for det første at handlingsrommet de EØS-rettslige reglene overlater norske myndigheter, er omvendt proporsjonalt med graden av den enkelte pasients rettigheter og valgmuligheter i forbindelse med hvilken behandling vedkommende skal motta. Samtidig vil handlingsrommet også ha betydning for de pasientene som ønsker å benytte seg av helsetjenestetilbudet i Norge, ettersom dettes kvalitet og stabilitet kan bli berørt av at flere og flere pasienter mottar behandling i andre land.<sup>15</sup>

Det er ikke gitt at økt pasientmobilitet vil innebære et bedre helsetilbud i Norge,<sup>16</sup> særlig fordi det vil være vanskeligere å bygge opp gode helsetjenester i en stat hvor en del av helsebudsjettet går med til å finansiere helsetjenester levert i andre nasjonale helsesystemer. Dette kan dels følge av at behandlingstilbudet må reduseres som følge av mangel på økonomiske ressurser, men på sikt vil en «pasientflukt» også kunne innebære en reduksjon i den helsefaglige kompetansen i den enkelte stat.<sup>17</sup> Dette vil særlig gjelde for sjeldne medisinske tilstander hvor det alt i dag finnes få med den nødvendige kompetanse på de ulike feltene. Et redusert behov for helsepersonell vil også kunne ha betydning for sysselsettingen, tatt i betraktning hvor mange i Norge som i dag arbeider i helsesektoren.

Andre, og mer spesifikke, bivirkninger av økt pasientmobilitet over landegrensene, kan være en økt fare for overføring av smittsomme sykdommer,<sup>18</sup> og faren for at norske pasienter skal motta helsetjenester som ikke tilbys i Norge, og som pasientene også nektes å motta i andre EØS-stater, av moralske og etiske årsaker.

---

<sup>10</sup> Se Levaggi og Montefiori (red.) (2014), s. 58.

<sup>11</sup> Jf. Helsedirektoratet (2017).

<sup>12</sup> Jf. senest Helfo (2018).

<sup>13</sup> Se senest EU-kommisjonen (2016).

<sup>14</sup> Jf. Levaggi og Montefiori (red.) (2014), s. 180.

<sup>15</sup> Jf. Hervey og McHale (2015), s. 85.

<sup>16</sup> Jf. Levaggi og Montefiori (red.) (2014), s. 182 flg., se særlig s. 195.

<sup>17</sup> Om disse momentene, se sak C-157/99 Geraets-Smits og Peerboms, avsnitt 72 til 74.

<sup>18</sup> Jf. Dokument 8:2 S (2016–2017).



Alle disse mulige virkningene er argumenter som kan tale for at den norske stat for fremtiden vil kunne ønske å begrense norske pasienters adgang til å motta helsetjenester i andre EØS-stater eller å begrense den økonomiske stønaden slike pasienter i dag har krav på. Slik begrensning er alt ønsket av flere politiske partier.<sup>19</sup> Samtidig vil pasientmobilitet også kunne ha flere positive ringvirkninger, blant annet ved at det kan stimulere til forbedringer i de nasjonale behandlingstilbudene,<sup>20</sup> i tillegg til den egenverdi som måtte ligge i at enhver pasient har valgfrihet med hensyn til hvor han eller hun skal motta en helsetjeneste.

### **3. GENERELT OM UNNTAKSADGANGEN ETTER EØS-AVTALEN**

#### **3.1 Om EØS-avtalen og tjenestefrihet**

EØS-avtalen er den mest omfattende av Norges internasjonale juridiske forpliktelser. Norsk rett bygger på et såkalt dualistisk prinsipp, som innebærer at folkerettslige forpliktelser, herunder EØS-avtalen, ikke har direkte virkning som norsk rett med mindre noe annet vedtas av Stortinget.<sup>21</sup> Avtalens hoveddel er gjort til norsk rett,<sup>22</sup> og både den og alle andre bestemmelser, det være seg i lov eller forskrift, som bidrar til at Norge oppfyller sin del av avtalen, er gitt forrang fremfor lover og forskrifter som har et helnorsk opphav.<sup>23</sup>

EØS-avtalens hoveddel angir utgangspunktene for EØS-samarbeidet, mens de mer tekniske og konkrete reglene som følger av EU-direktivet og -forordninger, inntas i avtalens vedlegg og protokoller. I motsetning til avtalens hoveddel har rettsaktene som inntas i avtalens vedlegg, ikke direkte rettslig virkning i Norge; det får de først dersom de implementeres i norsk lov eller forskrift gitt av Stortinget eller regjeringen. Ved manglende implementering må en eventuell motstrid mellom den aktuelle EØS-rettslige bestemmelsen og norsk rett behandles i tråd med presumsjonsprinsippet, som innebærer at norsk lov vil bli tolket i overensstemmelse med EØS-retten så langt dette lar seg forene med det øvrige rettskildet.<sup>24</sup> Det er også antatt at folkerettsstrid, herunder at et vedtak strider mot EØS-rettslige regler, kan utgjøre en ugyldighetsgrunn ved et forvaltningsvedtak.<sup>25</sup>

EØS-avtalens hovedformål var å etablere tilgang til EUs frie marked for EFTA-statene, som nå er Norge, Liechtenstein og Island, men som ved avtalens inngåelse også innbefattet Sverige, Finland og Østerrike. For at målet om det frie marked skal kunne oppnås, må EFTA-statene følge de samme spillereglene som de øvrige deltakerlandene, herunder reglene om de «fire friheter» og konkurransereglene, som er selve grunnpilarene for det indre marked.<sup>26</sup> Med de fire friheter menes fri bevegelse for varer, tjenester, personer og kapital over landegrensene innad i EØS-området. I det følgende er det tjenestereglene som skal behandles.

---

<sup>19</sup> Se mindretallets forslag i Innst. 99 S (2014–2015).

<sup>20</sup> Se Hervey og McHale (2015), s. 81 og 126.

<sup>21</sup> Jf. Haukeland Fredriksen og Mathisen (2018), s. 358.

<sup>22</sup> Jf. EØS-loven § 1.

<sup>23</sup> Jf. EØS-loven § 2.

<sup>24</sup> Se nærmere om prinsippet i Rt. 2000 s. 1811 (Finanger I), på s. 1826.

<sup>25</sup> Jf. Arnesen og Stenvik (2015), s. 126 flg.

<sup>26</sup> Se EØS-avtalens del II, III, og IV.

### 3.2 Nærmere om tjenestefriheten og helsetjenester

I henhold til EØS-avtalens art. 36 skal EØS-statene, inkludert Norge, ikke skape hindringer for grensekryssende helsetjenester, eller sagt på en annen måte: Slike tjenester skal kunne ytes fritt mellom Norge og de andre EØS-statene, med mindre det foreligger grunnlag for unntak.<sup>27</sup>

Dette gjelder alle former for helsetjenester som tilbys i den enkelte stat, uavhengig av om de tilbys av private eller offentlige aktører, og hvordan de er finansiert.<sup>28</sup> At alle former for grensekryssende helsetjenester er omfattet av EØS-avtalens tjenesteregler, har som konsekvens at enhver foranstaltning som «forbyder, medfører ulemper for eller gjør udøvelsen af etableringsfriheten eller den frie udveksling af tjenesteydelser mindre interessant», er forbudt.<sup>29</sup> Reglene innebærer på samme tid et forbud og en frihet for henholdsvis EØS-statene og tjenesteytere og -mottakere. Forbudet rammer både eksport- og importrestriksjoner og virker uavhengig av om restriksjonen retter seg mot tjenesten, tjenesteyteren eller -mottakeren.<sup>30</sup>

Et svært viktig poeng som alt her bør nevnes, er at tjenestefriheten som utgangspunkt ikke berører norske myndigheters kompetanse til selv å bestemme hvordan landets helsevesen skal organiseres og finansieres, eller hvilke behandlinger som skal tilbys, og på hvilke vilkår.<sup>31</sup> Det eneste som kreves, er at de nasjonale bestemmelser som gis i denne sammenheng, ikke må stride mot prinsippet om likebehandling i EØS-avtalens art. 36, med mindre unntaksadgangen i EØS-avtalens art. 33, jf. art. 39, kommer til anvendelse.<sup>32</sup> Grensedragningen mellom hva som innebærer en ulovlig restriksjon, og hva som vil gi en (indirekte) forpliktelse til å utvide det nasjonale helsetilbud, er ikke alltid åpenbar, og må hensyntas ved bedømmelsen av tjenestefrihetens utstrekning.<sup>33</sup>

Som for den frie flyt av varer, hvor Dassonville-formelens vide nedslagsfelt<sup>34</sup> snevres inn av en såkalt Keck-doktrine hvor det skilles mellom restriksjoner på markedsadgang og omsetning i markedet,<sup>35</sup> opereres det også i tjenestesektoren med et slikt skille. Restriksjoner som kun knytter seg til tjenesteutøvelsen, og som ikke er diskriminerende, strider ikke mot tjenestefriheten med mindre de hindrer tjenesteyteren i å operere på markedet «under normale og effektive konkurrencevilkår».<sup>36</sup> For norske pasienters rettsstilling innebærer dette at regler som vedrører selve utførelsen av helsetjenester i andre EØS-stater, så som lovvalgsregler for eventuelle erstatningssaker, ikke regnes som restriksjoner. I denne sammenheng har dette imidlertid liten betydning, ettersom problemstillingen dreier seg om selve adgangen til å motta helsetjenester i andre EØS-stater, noe som er i kjernen av hva som menes med regler om markedstilgang. Det interessante for disse tilfellene er derfor at forbudet i EØS-avtalens art. 36

<sup>27</sup> Jf. EØS-avtalens art. 33, jf. art. 39, nærmere omtalt i perspektivets kapittel 3.3.

<sup>28</sup> Se blant andre sak C-372/04 Watts, avsnitt 90, og forente saker E-11/07 og E-1/08 Rindal og Slinning, avsnitt 42.

<sup>29</sup> Jf. sak C-518/06 Kommisjonen mot Italia, avsnitt 62. Se også sak C-157/99 Geraets-Smits og Peerboms, avsnitt 61.

<sup>30</sup> Se Arnesen mfl. (red.) (2018), s. 453.

<sup>31</sup> Jf. blant andre sak C-120/95 Decker, avsnitt 21, sak C-157/99 Geraets-Smits og Peerboms, avsnitt 45, og forente saker E-11/07 og E-1/08 Rindal og Slinning, avsnitt 43.

<sup>32</sup> Jf. blant andre sak C-372/04 Watts, avsnitt 92.

<sup>33</sup> Problemstillingen behandles nærmere i avhandlingen dette perspektivnotatet bygger på.

<sup>34</sup> Se Haukeland Fredriksen og Mathisen (2018), s. 107.

<sup>35</sup> Se forente saker C-267/91 og C-268/91 Keck.

<sup>36</sup> Jf. sak C-565/08 Kommisjonen mot Italia avsnitt 51.

omfatter alle former for begrensninger av tjenestefriheten, selv hvor hindringen hverken direkte eller indirekte virker diskriminerende.<sup>37</sup> Hva som utgjør en hindring, kan problematiseres ytterligere, men dette perspektivnotatet begrenser seg til å behandle konkrete forbud mot å motta enkelte helsetjenester også i andre EØS-stater. Dette må klart regnes som en hindring av tjenestefriheten.

I denne omgang kan det altså konkluderes med at norske pasienter som utgangspunkt har rett til å motta helsetjenester i andre EØS-stater på samme vilkår som om tjenesten ble ytet i Norge. Dette innebærer blant annet at kostnader i forbindelse med helsetjenester mottatt i en annen EØS-stat skal dekkes av den norske stat i den grad den ville ha blitt det om behandlingen ble utført i Norge og/eller av tjenestetilbydere som var etablert her.<sup>38</sup> Spørsmålet i det følgende er i hvilken grad ulike restriksjoner allikevel kan tillates etter EØS-avtalens art. 33, jf. art. 39, slik disse er forstått i rettspraksis, juridisk teori og øvrige rettskilder.

### 3.3 Unntak fra restriksjonsforbudet

Der det er fastslått at det foreligger en restriksjon på norske pasienters adgang til å motta helsetjenester i en annen EØS-stat, må det avgjøres om denne allikevel kan tillates. Enkelt sagt er dette tilfellet dersom restriksjonen er begrunnet i legitime hensyn, er egnet til å oppfylle ett eller flere slike hensyn og at det er forholdsmessighet mellom formålet og det inngrepet restriksjonen gjør i tjenestefriheten.<sup>39</sup> Unntaksadgangen fremgår av EØS-avtalens art. 33, jf. art. 39, hvis nedslagsfelt er blitt utpenslet i EU- og EFTA-domstolens praksis.

Vurderingen av om en restriksjon kan tillates, inndeles gjerne i to faser: Først avgjøres det hvilke hensyn restriksjonen er ment å ivareta, og om dette hensynet er anerkjent i EØS-retten. Hvilke hensyn som kan anses som legitime, følger dels av EØS-avtalens art. 33 og dels av rettspraksis.<sup>40</sup> For helsetjenestenes del er det særlig sentralt å vise til at beskyttelsen av folkehelsen er et legitimt hensyn etter EØS-avtalen,<sup>41</sup> som EU-domstolen har formulert flere underhensyn av, herunder hensynet til å opprettholde en stabil lege- og sykehusjeneste.<sup>42</sup> Blant de domstolsskapte hensyn med betydning for helsetjenester kan særlig nevnes hensynet til å beskytte befolkningens sosiale trygghet<sup>43</sup> samt enkeltmenneskets verdighet.<sup>44</sup>

Der en restriksjon kan begrunnes i ett eller flere anerkjente hensyn, må det så avgjøres om restriksjonen oppfyller det såkalte vide proporsjonalitetskrav, nemlig at den er egnet og forholdsmessig til å ivareta et akseptabelt beskyttelsesnivå for det eller de aktuelle legitime hensyn. Det må også vurderes om det inngrep en restriksjon konstituerer i tjenestefriheten, står

---

<sup>37</sup> Bekreftet i forente saker E-11/07 og E-1/08 Rindal og Slinning, avsnitt 44.

<sup>38</sup> Om hva som nærmere ligger i kravet til at behandlingen skal tilsvare den pasienten ville hatt krav på i Norge, vises det til avhandlingen dette perspektivet bygger på.

<sup>39</sup> Jf. sak C-157/99 Geraets-Smits og Peerboms avsnitt 75. For mer generelle redegjørelser, se Neergaard og Nielsen (2016) s. 116, Sejersted mfl. (2011) s. 294, og Haukeland Fredriksen og Mathisen (2018), s. 119 flg.

<sup>40</sup> De sistnevnte omtales gjerne som «allmenne hensyn».

<sup>41</sup> Jf. EØS-avtalen art. 33.

<sup>42</sup> Se sak C-385/999 Müller-Farué og van Riet, avsnitt 66 og 67.

<sup>43</sup> Se sak C-518/06 Kommisjonen mot Italia, avsnitt 74.

<sup>44</sup> Jf. sak C-36/02 Omega Spielhallen avsnitt 33 og 34.

i forholdsmessighet til nytten restriksjonen vil ha, noe som gjerne omtales som det snevre proporsjonalitetskrav.

Hva gjelder beskyttelsesnivå, handler dette i vår sammenheng om i hvilken grad norske myndigheter etter EØS-retten kan beskytte legitime hensyn, sett hen til at dette konstituerer et inngrep i en pasients rett til å motta helsetjenester i en annen EØS-stat. Ettersom det EØS-rettslige utgangspunkt er at tjenester skal kunne ytes fritt over landegrensene, er det nemlig ikke slik at enhver trussel mot folkehelsen bør kunne begrunne et inngrep. I motsatt fall ville utgangspunktet om tjenestefrihet trolig raskt bli utvannet av stadige henvisninger til folkehelsehensynet, uten at det lå noen særlig realitet bak. Tradisjonelt har både EU- og EFTA-domstolen allikevel overlatt statene en relativt vid skjønnsmargin ved avgjørelsen av hvilket beskyttelsesnivå som kan godtas på særlig sårbare områder som henger sammen med religiøse, moralske og kulturelle spørsmål. Eksempelvis er beskyttelsesgraden innen alkohol-, lotteri-, og spillpolitikk i stor grad et nasjonalt anliggende, med henvisning til at dette er særlig følsomme emner, hvor en hvis grad av nasjonale ulikheter bør aksepteres.<sup>45</sup> Tilsvarende betraktninger har gjort seg gjeldende for helsetjenester, slik at hver stat som utgangspunkt kan fastsette sitt eget beskyttelsesnivå i saker som gjelder restriksjoner som skal beskytte folkehelsen.<sup>46</sup> Samtidig er det viktig å presisere at EØS-statenes frihet til selv å fastsette sitt eget beskyttelsesnivå ikke er absolutt, i den forstand at statenes skjønn må holde seg innenfor gitte rammer. For det første må statene respektere EØS-rettslige harmoniseringsregler.<sup>47</sup> Hvor slike finnes, kan beskyttelsesnivået som utgangspunkt ikke settes høyere enn hva regelverket forutsetter.<sup>48</sup> Videre må beskyttelsesnivået en stat praktiserer, eksempelvis for folkehelsen, være både reelt og konsistent. En stat kan ikke vise til et høyt beskyttelsesnivå for å legitimere en restriksjon dersom nivået faktisk ikke praktiseres i andre sammenhenger, typisk ved at nivået i praksis bare gjelder for enkelte sektorer eller typer saker. Hvorvidt en slik situasjon foreligger, må bedømmes ut fra den konkrete sammenheng og hvilke andre tiltak staten eventuelt har innført.

Forutsatt at en restriksjon er gitt for å ivareta et akseptabelt beskyttelsesnivå for ett eller flere legitime hensyn, kreves det endelig at restriksjonen både er egnet og nødvendig for å ivareta beskyttelsen. Egnethetsspørsmålet må avgjøres ut fra en konkret bevisbedømmelse.<sup>49</sup> Det samme må spørsmål om hvorvidt restriksjonen er objektivt nødvendig for å ivareta beskyttelsesnivået. I nødvendighetsvurderingen skal det særlig legges vekt på om mindre inngripende restriksjoner kunne ha vært tilstrekkelige, og om det inngrep restriksjonen konstituerer i tjenestefriheten, er forholdsmessig med den nytten restriksjonen vil ha.<sup>50</sup>

Først når alle de beskrevne vilkårene er oppfylt, kan en restriksjon tillates etter EØS-avtalen.

---

<sup>45</sup> Se forente saker C-316/07 mfl. Stoß, avsnitt 76, og sak E-1/06 ESA mot Norge (spilleautomatmonopolet), avsnitt 29.

<sup>46</sup> Jf. sak C-141/07 Kommissjonen mot Tyskland, avsnitt 46 og sak C-322/01 Deutscher Apothekerverband, avsnitt 103.

<sup>47</sup> Eksempelvis EP/Rdir 2005/36/EF.

<sup>48</sup> Jf. sak C-158/96 Kohll, avsnitt 48.

<sup>49</sup> Jf. sak C-379/11 Caves Krier Frères, avsnitt 49.

<sup>50</sup> Se Baudenbacher (red.) (2016) s. 219, samt blant annet sak E-4/04 Pedicel, avsnitt 56.

#### 4. GENERELT OM KRIMINALISERING AV MOTTAKELSE AV HELSETJENESTER

En restriksjon på den EØS-rettslige tjenestefriheten kan bestå i så mangt, men oftest er det tale om økonomiske restriksjoner. Dette kan eksempelvis være at norske pasienter får dekket kostnadene i forbindelse med en behandling som utføres i Norge, mens en tilsvarende behandling i en annen EØS-stat må bekostes av pasienten selv. Tilsvarende kan det gjelde egne regler for hvor stor del av kostnadene i forbindelse med en behandling som dekkes, eller det kan gjelde særlige regler for reisekostnader hvor den aktuelle behandling skal ytes i en annen EØS-stat. I det følgende behandles restriksjoner som har en enda mer inngripende effekt, nemlig kriminalisering av mottakelse av bestemte helsetjenester i andre EØS-stater eller medvirkning til dette.

Straffesanksjonering er blant de mest inngripende tiltak som kan tenkes, også i forbindelse med de EØS-rettslige tjenesteregler, ettersom det ikke bare hindrer en person i å motta de tjenestene vedkommende ønsker, men også medfører den merbelastningen et straffansvar i seg selv utgjør. Dette tilsier en skjerpelse av de krav som må være oppfylt for at en restriksjon kan tillates, nemlig at restriksjonen må være begrunnet i et legitimt hensyn og være egnet og nødvendig for å opprettholde et akseptabelt beskyttelsesnivå for hensynet. Denne skjerpelsen følger av proporsjonalitetsprinsippet i snever forstand; kravene til en restriksjons forholdsmessighet varierer proporsjonalt med restriksjonens inngrep i tjenestefriheten. Et så vidt inngripende tiltak som kriminalisering stiller følgelig strenge krav til begrunnelsen for restriksjonen.

Straffebudene som trekkes frem, dreier seg om henholdsvis eutanasi og kjøp av seksuelle tjenester for personer som selv ikke er i stand til å tilfredsstille egne seksuelle behov – to temaer som begge reiser flere moralske og etiske spørsmål. Avgjørelsen av hvordan slike spørsmål skal håndteres, er som utgangspunkt overlatt til den enkelte EØS-stats egen vurdering, slik at denne, om den finner det riktig, både kan forby og straffesanksjonere utøvelsen av en tjeneste med moralsk omstridt innhold.<sup>51</sup>

Statenes handlingsrom er allikevel ikke absolutt; restriksjoner på utøvelsen av moralsk omstridte tjenester kan, som ellers, ikke gå utover EØS-avtalens krav til en restriksjons begrunnelse i et legitimt hensyn samt dens forholdsmessighet.<sup>52</sup>

Drøftelsene i det følgende vil altså være preget av to ulike faktorer. Som utgangspunkt er den norske stat overlatt en større skjønnsmargin enn hva ellers gjelder for spørsmålet om hvilke tjenester norske pasienter skal tillates å motta. Samtidig er kriminalisering et så vidt inngripende middel at dette i seg selv tilsier et skjerpet krav til tiltakets forholdsmessighet. Disse faktorer må balanseres mot hverandre og vil trolig måtte tillegges ulik vekt alt etter hvilket spørsmål som behandles.

Ettersom spørsmålene som behandles i det følgende, er av en særlig sensitiv karakter, er det viktig å presisere at drøftelsene kun er juridisk og ikke moralsk funderte. Det tas dermed ikke

---

<sup>51</sup> Jf. sak C-268/99 Jany, avsnitt 56.

<sup>52</sup> Jf. sak E-1/06 ESA mot Norge (spilleautomatmonopolsaken), avsnitt 29.

sikte på å gi en fullstendig redegjørelse for alle sidene ved problemstillingene, men kun bedømme hvorvidt de norske straffebudene strider mot tjenestefriheten i EØS-avtalen.

## 5. KRIMINALISERING AV MEDVIRKNING TIL EUTANASI

### 5.1 Innledning

#### 5.1.1 Begrepsavklaring

«Helsehjelp» brukes vanligvis om behandling eller pleie som er ment å forlenge og/eller forbedre en pasients liv. I noen tilfeller er pasientens tilstand imidlertid uhelbredelig og/eller av en slik art at pasientens livskvalitet blir vesentlig forringet, og slik at noen lindrende behandling ikke er mulig eller tilstrekkelig. Slike tilfeller reiser spørsmål om pasienten skal ha mulighet til å velge å avslutte sitt eget liv, ved egen eller andres hjelp. Spørsmålet berører svært sensitive områder, da selve livet innen de fleste livssyn er ukrenkelig. Dette har også gitt seg utslag rettslig, typisk i nasjonale forbud mot drap,<sup>53</sup> men også i Den europeiske menneskerettighetskonvensjon artikkel 2.<sup>54</sup>

Hjelp til å avslutte eget liv omtales gjerne under samlebetegnelsen «dødshjelp». Denne kan enten være aktiv eller passiv.<sup>55</sup> Passiv dødshjelp innebærer at behandling som kunne ha forlenget pasientens liv, ikke igangsettes; døden inntreer naturlig, men raskere enn hva den ellers ville gjort, som følge av helsepersonell og øvrige personers passivitet. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 annet ledd har en døende<sup>56</sup> pasient i Norge rett til å motsette seg livsforlengende behandling, forutsatt at vedkommende er myndig og samtykkekompetent. Passiv dødshjelp kan kun skje når pasienten er uhelbredelig syk og det ikke finnes et adekvat behandlingstilbud.<sup>57</sup> Dersom pasienten ikke er i stand til å ytre noe ønske, ligger avgjørelsen til vedkommendes nærmeste pårørende,<sup>58</sup> forutsatt at behandlende helsepersonell finner at de pårørendes syn også gir uttrykk for pasientens ønske, og at dette «åpenbart bør respekteres». Regelen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 annet ledd innebærer at ingen kan straffes for å ha ytet passiv dødshjelp i Norge, og ekskluderer således regelen i helsepersonelloven § 7 samt strafferettslige bestemmelser.<sup>59</sup>

I motsetning til passiv dødshjelp innebærer aktiv dødshjelp at pasientens død fremprovoseres, typisk ved bruk av legemidler. Innenfor helsehjelpsbegrepet kan passiv dødshjelp forekomme i form av assistert selvmord, eller ved eutanasi, gjerne omtalt ved samlebegrepet «assistert død».<sup>60</sup> Til den aktive dødshjelp kan også medlidenhetsdrap, hvor en pasient, som normalt er døende og/eller opplever uutholdelige smerter, blir drept av medlidenhet, men uten samtykke,<sup>61</sup> medregnes. Det er dog lite naturlig å kategorisere dette som helsehjelp.

---

<sup>53</sup> I Norge straffbart i henhold til straffeloven av 2005 § 275

<sup>54</sup> Se også FNs verdenserklæring om menneskerettigheter artikkel 3.

<sup>55</sup> Se nærmere om distinksjonen i Dworkin mfl. (1998) s. 108.

<sup>56</sup> Jf. Syse (2015) s. 446 og 447.

<sup>57</sup> Jf. Ot.prp. nr. 12 (1998–1999), s. 135 og 136.

<sup>58</sup> Slik disse er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd litra b.

<sup>59</sup> Særlig straffeloven av 2005 § 275.

<sup>60</sup> Syse i Befring mfl. (2016) s. 261.

<sup>61</sup> Jf. straffeloven av 2005 § 278.

Alle former for aktiv dødshjelp er forbudt ved norsk lov.<sup>62</sup> Allikevel er det grunn til å formode at slik hjelp med jevne mellomrom ytes, men at ingen av de involverte ser grunn til å varsle om forholdet.<sup>63</sup> Tilsvarende forbud gjelder i de fleste andre stater, foruten Belgia, Luxembourg, Nederland, Sveits, Canada og enkelte delstater i USA.<sup>64</sup> Hvorvidt disse tillater både (lege)assistert selvmord og eutanasi, eller bare én av disse, varierer.

Denne variasjonen i rettstilstand har ført til at borgere fra andre stater som ønsker aktiv dødshjelp, har oppsøkt tilbud i land hvor dette er mulig, såkalt «dødsturisme».<sup>65</sup> I europeisk sammenheng er det kun sveitsisk og belgisk lovgivning som ikke stiller krav til statsborgerskap eller botid for at en pasient skal få utført assistert død. Ettersom Sveits ikke er medlem av Den europeiske union, slik at de EØS-rettslige tjenesteregler ikke kommer til anvendelse der, vil redegjørelsen i det følgende kun dreie seg om norske pasienters adgang til å motta aktiv dødshjelp i Belgia.

### 5.1.2 Den belgiske regulering

I Belgia ble eutanasi tillatt ved lov av 28. mai 2002, som trådte i kraft 23. september samme år. Autentiske versjoner av loven finnes kun på fransk. Den følgende redegjørelse bygger derfor på en uoffisiell oversettelse.<sup>66</sup> Eutanasi er i lovens § 2 definert som en handling som er ment å ende en persons liv etter hans eller hennes uttrykkelige ønske, og som er utført av en annen person enn pasienten selv. I praksis åpner loven kun for at eutanasi ordineres av pasientens behandlende lege. En slik handling er ikke forbudt dersom den utføres i tråd med lovens øvrige vilkår, jf. § 3 første ledd. Assistert selvmord er ikke omhandlet og er derfor fremdeles forbudt i Belgia.

Grunnvilkårene for at eutanasi skal være lovlig, er gitt i lovens § 3 første ledd. Eutanasi kan kun utføres når pasienten opplever en medisinsk håpløs tilstand som medfører vedvarende og utholdelig fysisk eller mental smerte, dersom denne tilstanden er et resultat av en alvorlig og uhelbredelig lidelse som skyldes sykdom eller skade. Behandlende lege skal observere pasientens tilstand over en periode, både gjennom samtaler og undersøkelser, jf. § 3 annet ledd nr. 2. At vilkårene for tilstanden er oppfylt, skal bekreftes av en uavhengig lege som den behandlende lege konsulterer, i henhold til lovens § 3 annet ledd nr. 3. Dersom pasienten klart ikke kan ventes å dø i den nærmeste fremtid, må behandlende lege i tillegg konsultere en tredje lege, som skal være psykiater eller spesialist innen pasientens lidelser, og som må bekrefte pasientens tilstand gjennom egne undersøkelser, jf. § 3 tredje ledd nr. 1.

Når de undersøkende leger kan bekrefte at en slik tilstand som nevnt i § 3 første ledd foreligger, kan en pasient lovlig be om, og samtykke til, eutanasi. Pasienten må være samtykkekompetent, men også barn kan i særlige tilfeller oppfylle vilkårene.<sup>67</sup> I det følgende behandles kun eutanasi utført på voksne pasienter.

---

<sup>62</sup> Jf. henholdsvis straffeloven av 2005 § 275, jf. § 276 (drap etter samtykke) § 277 (assistert selvmord), og § 278 (medlidenhetsdrap).

<sup>63</sup> Syse i Befring mfl. (2016) s. 274 til 275 med videre henvisninger.

<sup>64</sup> Jf. Dignitas (2018).

<sup>65</sup> Jf. Venosa (2016).

<sup>66</sup> Oversettelsen finnes i Jones mfl. (2017), vedlegg III.

<sup>67</sup> Jf. lovens § 3 første ledd.

Pasientens samtykke må gis skriftlig,<sup>68</sup> og behandlende lege må forsikre seg om at det er uttrykk for pasientens frivillige og veloverveide ønske. Ønsket må være uttrykt konsistent og over et visst tidsrom. Dersom pasienten ikke anses som døende, kan eutanasi ikke skje før tidligst én måned etter at det skriftlige samtykket er avgitt.<sup>69</sup> Behandlende lege må ha hatt grundige samtaler med pasienten om hans eller hennes tilstand, livsutsikter, behandlingsoalternativer (herunder muligheten for palliativ pleie) og betydningen av et samtykke til eutanasi.<sup>70</sup>

Flere av lovens vilkår forutsetter stabil og langvarig kontakt mellom behandlende lege og pasient, eksempelvis ved at det kreves gjentatte undersøkelser og samtaler. Videre er det ofte nødvendig at legen, til en hvis grad, kjenner sin pasient, for at han eller hun kan være overbevist om at pasientens ønske er genuint, frivillig og veloverveid. Det belgiske system åpner med andre ord ikke for en utstrakt «dødsturisme», slik enkelte medier har fremstilt det.<sup>71</sup> Samtidig er det klart at borgere fra andre land, herunder Norge, kan motta eutanasi i Belgia, dersom de oppfyller de skisserte krav. Dette gjelder selvsagt en norsk pasient som er bosatt i Belgia, men pasienter bosatt i Norge kan også flytte til Belgia for noen måneder, eller kanskje bare reise dit i forbindelse med nødvendige undersøkelser og møter.

I det følgende vil det først vurderes hvordan en situasjon der en norsk pasient mottar eutanasi i Belgia, er regulert i norsk rett. Videre behandles det hvorvidt den norske rettstilstanden kan tenkes å rammes av tjenestereglene i EØS-avtalens art. 36, jf. art. 33, jf. art. 39.

## **5.2 Det norske strafferettslige ansvar**

### **5.2.1 Straffebudene**

I den norske straffeloven av 2005 er drap forbudt etter § 275. Ved samtykke til drap kan straffen settes under minstestrafen, eller til en mildere straffart, enn for øvrige drap, jf. strl. § 276, men handlingen kan ikke regnes som straffri. Det gjelder altså et absolutt eutanasiforbud, noe som også innebærer at nødrettsbetraktninger ikke kan medføre et annet resultat.<sup>72</sup> Forbudet gjelder den som «dreper» en annen med hans eller hennes samtykke. Det å legge til rette for eutanasi rettet mot seg selv er ikke straffbart. Dagens straffebud er en videreføring av det tidligere forbudet i straffeloven av 1902 § 233 jf. § 235 annet ledd. Med mindre annet presiseres, er henvisningene i det følgende til straffeloven av 2005.

### **5.2.2 Eutanasibehandlingen**

Den norske straffelov gjelder som utgangspunkt for handlinger foretatt i Norge, jf. lovens § 4. Etter straffeloven § 5 kan en person som hverken er norsk statsborger eller bosatt i Norge, allikevel straffeforfølges for en handling begått mot en norsk person i et annet land dersom

---

<sup>68</sup> Jf. lovens § 3 fjerde ledd.

<sup>69</sup> Jf. lovens § 3 tredje ledd nr. 2.

<sup>70</sup> Jf. lovens § 3 annet ledd nr. 1.

<sup>71</sup> Se Jones mfl. (2017) s. 15.

<sup>72</sup> Se Høyesteretts dom i den såkalte Sandsdalen-saken, Rt. 2000 s. 646



strafferammen for handlingen er fengsel i seks år eller mer.<sup>73</sup> Drap kan som utgangspunkt straffes med fengsel fra 8 til 21 år.<sup>74</sup>

Dersom fornærmede har samtykket, som vil være tilfellet ved eutanasi, kan straffen, som nevnt, imidlertid settes under minstestrafen, eller til en mildere straffart.<sup>75</sup> Hvorvidt dette skal ha betydning for hvordan minstestrafen beregnes i straffeloven § 5 femte ledd, er ikke omtalt i lovforarbeidene, ei heller i juridisk teori.<sup>76</sup> Dette er i denne sammenheng uansett ikke avgjørende, ettersom straffen for en handling som pådømmes i medhold av jurisdiksjon i straffeloven § 5, ikke kan overstige den høyeste lovbestemte straff i det landet hvor handlingen er begått, jf. straffeloven § 5 sjette ledd. Dette innebærer i praksis at handlinger som er tillat der de finner sted, ikke kan straffeforfølges etter norsk rett.<sup>77</sup> En person som utfører eutanasi mot en norsk pasient i Belgia, kan med dette ikke straffeforfølges etter norsk rett.

### 5.2.3 Medvirkning til eutanasihandlingen

For at en person skal kunne dømmes for medvirkning til eutanasi etter den norske straffeloven, forutsettes det at han eller hun oppfyller kravene til medvirkning i lovens § 15, gjerningsbeskrivelsen i § 275 og skyldkravet i § 21, jf. § 22, at ingen straffrihetsgrunn gjør seg gjeldende,<sup>78</sup> og at lovbryteren er tilregnelig.<sup>79 80</sup>

Etter straffeloven § 15 rammer et straffebud også den som «medvirker til overtredelsen», så også drap etter offerets samtykke. Medvirkningsansvaret er selvstendig og ikke avhengig av hovedmannens.<sup>81</sup> Dette innebærer at en person kan straffeforfølges dersom han eller hun har medvirket til eutanasi, selv om den som utfører selve drapshandlingen, ikke kan straffeforfølges.

Dette gjelder også der hovedgjerningsmannen ikke kan straffeforfølges fordi hans handling ikke rammes av den norske straffelovens stedlige virkeområde, som vil være tilfellet ved eutanasi utført i Belgia.<sup>82</sup> Hvorvidt handlinger foretatt i forbindelse med en eutanasi i Norge kan straffes, beror derfor på om straffbarhetsvilkårene er oppfylt i det enkelte tilfelle.

Selve medvirkningsbegrepet i straffeloven § 15 må tolkes i henhold til det konkrete straffebud. Som medvirkning til drap må i det minste regnes en handling som aktivt bidrar til at drapet gjennomføres.<sup>83</sup> Skjønt den konkrete situasjon hverken er behandlet i straffelovens forarbeider, rettspraksis eller strafferettslig litteratur, kan det tenkes at handlinger foretatt i Norge for å hjelpe til med organiseringen av mottakelse av eutanasi i Belgia er tilstrekkelig kvalifisert til å rammes av medvirkningsansvaret. Dette vil særlig gjelde dersom medvirkerens bistand er

---

<sup>73</sup> Jf. straffeloven § 5 femte ledd.

<sup>74</sup> Jf. straffeloven § 275.

<sup>75</sup> Jf. straffeloven § 276 annet ledd.

<sup>76</sup> Jf. Ot.prp. nr. 22 (2008-2009), s. 480.

<sup>77</sup> Jf. Ot.prp. nr. 90 (2003-2004), s. 404.

<sup>78</sup> Jf. straffeloven §§ 17, 18, og 19.

<sup>79</sup> Jf. straffeloven § 20.

<sup>80</sup> For en mer generell fremstilling av straffbarhetsvilkårene, se Eskeland (2015) s. 70 flg.

<sup>81</sup> Jf. Eskeland (2015) s. 205 og 206 samt i Ot.prp. nr. 90 (2003-2004) s. 95.

<sup>82</sup> Jf. Rt. 1908 s. 790, omtalt i Andenæs (2004) s. 441. Se også Stigen (2011), s. 165 flg.

<sup>83</sup> Jf. Ot.prp. nr. 90 (2003-2004), s. 96.

avgjørende for at hovedmannen og pasienten overhodet skal kunne gjennomføre sitt forsett. Så vil eksempelvis være tilfellet hvor pasienten er sterkt hjelpetrengende og har behov for bistand til informasjonsinnhenting, utfylling av nødvendige papirer, kommunikasjon med relevante instanser, assistanse i forbindelse med reisen og øvrig fasilitering.

I slike situasjoner vil medvirkningen ikke bestå i bistand til hovedmannen, som er det vanlige, men derimot til offeret. Det er ikke direkte presisert hverken i straffeloven eller dens forarbeider at slike handlinger skal regnes som medvirkning, men det motsatte er heller ikke sagt. Derimot brukes kun uttrykket «delaktig i utføringen av den straffbare handlingen [...]»,<sup>84</sup> noe som i denne sammenheng må anses oppfylt. Bistand som nevnt kan altså bli å regne som en medvirkningshandling etter straffeloven § 15. Slik bistand kan vanskelig tenkes ytet uten at kravet til forsett i straffeloven § 22 er oppfylt, normalt første ledd litra a.

Videre ble det i Høyesteretts dom i den såkalte Sandsdalen-saken fastslått at straffrihetsgrunner ikke kom til anvendelse på bestemmelsene om drap etter samtykke i straffeloven av 1902. I det vesentlige tilsvarte datidens bestemmelser dagens regler. Høyesterett presiserte at den alminnelige ulovfestede rettsstridsreservasjon ikke var anvendelig, da lovgiver måtte anses å ha tatt et aktivt standpunkt til slike tilfeller, med det «bevisste valg» at de ikke kunne være straffrie, men derimot at straffen kunne nedsettes også utover minstestrafen og til en mildere straffart.<sup>85</sup> Dommens resultat må anses som uttrykk også for dagens rettstilstand.<sup>86</sup> Dommen gjaldt riktignok hovedmannens straffansvar, men resonnementet har samme gjennomslagskraft også for en medvirkende. Det kan hevdes at medvirkerens handlinger er mindre straffverdige enn hovedmannens, men dette er en vurdering som eventuelt bør foretas av lovgiver. Når tilfellet ikke er nevnt direkte i lovens forarbeider, må det formodes at bedømmelsen må falle likt ut.

Det siste straffbarhetsvilkåret om tilregnelighet må avgjøres konkret i overensstemmelse med straffeloven § 20. Dersom medvirkeren regnes som strafferettslig tilregnelig, er det altså tenkelig at en person kan straffeforfølges for medvirkning til eutanasi, også når eutanasi skjer i et annet land (Belgia).

I det følgende behandles situasjonen hvor en norsk statsborger, eller en person bosatt i Norge, medvirker til eutanasi som skal utføres i Belgia, og hvor medvirkningshandlingen skjer i Norge. Medvirkningshandlinger som utføres i Belgia, kan ikke straffes, da de er utført utenfor den norske straffelovens stedlige virkeområde.

#### **5.2.4 Straffebudenes betydning**

Det har hittil ikke vært reist noen tiltaler for medvirkning til eutanasi, eller for den saks skyld for medvirkning til assistert selvmord (som på sett og vis ville utgjøre medvirkning til medvirkning). Årsakene til dette er ikke klarlagt, men som allerede påpekt antas det at eutanasi med jevne mellomrom gjennomføres også i Norge.<sup>87</sup> Syse antar at fraværet av straffeforfølging først og fremst skyldes at handlingen er utført etter enighet mellom både

<sup>84</sup> Jf. Ot.prp. nr. 90 (2003–2004), s. 96.

<sup>85</sup> Se Rt. 2000 s. 646 på s. 653.

<sup>86</sup> Jf. Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) s. 188 og 189.

<sup>87</sup> Se Syse i Befring mfl. (2016) s. 274 og 275.

pasienten, eventuelle pårørende og implisert helsepersonell, slik at ingen av partene har sett noen grunn til å varsle påtalemyndigheten. Det samme kan tenkes hvor selve eutanasihandlingen foregår i utlandet.

Samtidig er det flere eksempler på at norske medier har fulgt pasienters «siste reise», også på forberedelsesstadiet.<sup>88</sup> At straffeforfølgelse da ikke skjer, kan ikke følge av manglende kunnskap om forholdet, men henger antakelig snarere sammen med temaets følsomhet og påtalemyndighetens skjønnsmessige vurderinger av hvilke forhold som skal tiltales. Skjønt det er bred politisk konsensus rundt eutanasiforbudet,<sup>89</sup> er ikke folkeopinionen like klar.<sup>90</sup> Det å skulle straffeforfølge medvirkning kan i enda større grad fortone seg som lite fruktbart, all den tid den allmenne rettsbevissthet nok ønsker større innsats på en rekke andre felter innen politiets ansvarsområde. Like fullt er slik medvirkning, som vist ovenfor, i teorien en straffbar handling. Et naturlig spørsmål i denne avhandlingen er derfor hvordan dette straffebudet står seg i relasjon til EØS-avtalens tjenesteregler.

### **5.3 Forbudet mot medvirkning til eutanasihandlingen og EØS-retten**

#### **5.3.1 Innledning**

Et grunnvilkår for at EØS-avtalens tjenesteregler skal komme til anvendelse, er at det foreligger en tjeneste i EØS-rettslig forstand. I denne sammenheng er det eutanasihandlingen, ikke medvirkningen til denne, som skal vurderes. Dersom handlingen skal regnes som en tjeneste, må det vurderes om medvirkningsforbudet i straffeloven § 275, jf. § 276 annet ledd, utgjør en restriksjon på friheten til å utøve tjenesten (eutanasi). En slik restriksjon vil som utgangspunkt være forbudt etter EØS-avtalens art. 36 første ledd. Til sist må det derfor drøftes om den eventuelle restriksjonen allikevel kan tillates etter regelen i EØS-avtalens art. 33, jf. art. 39, eller i medhold av de domstolsskapte unntaksregler.

#### **5.3.2 Eutanasihandlingen som tjeneste**

Hvorvidt eutanasi skal regnes som en tjeneste i EØS-rettslig forstand, beror på om vilkårene i EØS-avtalens art. 37 er oppfylt. Dette innebærer at der må foreligge en grensekryssende aktivitet som ytes mot betaling. I eksempelet skissert ovenfor er det klart at det utøves en aktivitet som utgjør en tjeneste i vid forstand; den belgiske legen behandler pasienten. I praksis vil behandlingen skje mot betaling, da situasjonen ikke dekkes av noen norske refusjonsordninger eller gjennom det europeiske helsetrygdkortet.<sup>91</sup> Om betalingen ytes av pasienten, dennes pårørende, en stiftelse eller andre, er i denne sammenheng uten betydning.<sup>92</sup> Videre inneholder tjenesten et grensekryssende element, da pasienten reiser fra sin hjemstat (Norge) til behandlingsstaten (Belgia) i den hensikt å motta behandlingen. Endelig hører eutanasi ikke naturlig inn under en av de andre friheter etter EØS-avtalen, noe som ville innebåret at reglene om denne friheten ville ha kommet til anvendelse.

---

<sup>88</sup> Se eksempelvis NRK *Brennpunkt* (2015), og Svarstad (2014).

<sup>89</sup> Blant de politiske partiene er det kun Fremskrittspartiet som ønsker en hvis oppmykning, jf. Fremskrittspartiet (2017), under overskriften «Personlig frihet og personvern». Sist spørsmålet ble debattert i Stortinget, ble partiernes syn bekreftet, jf. Innst. O. nr. 72 (2004–2005) s. 46.

<sup>90</sup> Se Syse i Befring mfl. (2016) s. 274.

<sup>91</sup> Jf. forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 2, utdypet i § 3.

<sup>92</sup> Jf. sak 352/85 Bond van Adverteerders, avsnitt 16.

Eutanasi skal derfor regnes som en tjeneste i EØS-rettslig forstand, jf. avtalens art. 37. Det er i denne sammenhengen grunn til å bemerke at skjønt EU-domstolen aldri har behandlet eutanasi spesielt, har den i andre tilfeller anerkjent at reglene om de ulike friheter også kommer til anvendelse på moralsk omstridte varer eller aktiviteter. For helsetjenestenes del gjelder dette selvbestemt abort,<sup>93</sup> mens prostitusjon er blitt funnet omfattet av etableringsbegrepet i EØS-avtalens art. 31.<sup>94</sup> For begge disse tilfellene understreket EU-domstolen at det ikke er opp til den å vurdere hvordan statene skal regulere «påstået umoralsk virksomhet [som i enkelte stater kan] udøves lovligt».<sup>95</sup> Denne betraktningmåten må gjelde også for eutanasi. Såfremt slik behandling tilbys i enkelte stater, hører den inn under EØS-avtalens tjenesteregulering i art. 36. Restriksjoner er derfor som utgangspunkt forbudt.

### 5.3.3 Hvorvidt det foreligger en restriksjon

En restriksjon foreligger dersom den frie utøvelsen av helsetjenester over landegrensene, direkte eller indirekte, potensielt eller aktuelt, vanskeliggjøres.<sup>96</sup> Hvorvidt restriksjonen er diskriminerende, er ikke av betydning.<sup>97</sup> Dette gjelder også for eutanasi. Skjønt EU-retten som utgangspunkt ikke skal styre medlemsstatenes strafferettslige regulering, utelukker det ikke at et straffebud kan stå i strid med EØS-avtalens tjenesteregler og således ikke være tillatt.<sup>98</sup> Følgelig er det anledning til å regne straffebudet for medvirkning til eutanasi som en restriksjon etter EØS-avtalens art. 36. I denne sammenheng er det tilstrekkelig å vise til at medvirkningsforbudet kan utgjøre et press for medvirkere til å avstå fra å gi bistand av frykt for strafferettslige sanksjoner. At forbudet i praksis ikke håndheves, kan i denne sammenheng ikke tillegges avgjørende vekt, da dette kun beror på et påtaleskjønn. Uansett er det tilstrekkelig at medvirkningsforbudet kan virke avskrekkende – ikke at så faktisk er tilfellet.

Det kan også hevdes at medvirkningsforbudets eventuelle innvirkning på tjenestefriheten er så vidt fjerntliggende at det ikke kan regnes som en adekvat restriksjon. En slik adekvansbegrensning er blitt anvendt av EU-domstolen i saker som gjelder den frie flyt av både varer og arbeidstakere.<sup>99</sup> Således har domstolen sett bort fra begrensninger hvis betydning for samhandelen har vært «for usikker og indirekte».<sup>100</sup> Tilsvarende er det for helsetjenester vist til at en påstått begrensning av tjenestefriheten var for «tilfældig og indirekte».<sup>101</sup> Alle disse utslag av en adekvanslære er imidlertid foranlediget av begrensninger hvis betydning beror på for mange tilfeldigheter og usikre momenter. Slike betraktninger passer ikke like godt i eutanasi-eksemplet, hvor det er medvirkningsforbudets betydning for gjennomføringen av behandlingen som er problematisert. Det må kunne antas at om et tilfelle rammes av norsk straffelovgivnings krav til sammenheng mellom hovedmannen og medvirkerens handlinger, bør dette også være tilstrekkelig for en EØS-rettslig adekvansbetraktning. Problemstillingen er ikke direkte berørt i hverken rettspraksis eller juridisk litteratur, men da EU-domstolens

---

<sup>93</sup> Jf. sak C-159/90 *The Society for the Protection of the Unborn Children*, avsnitt 21.

<sup>94</sup> Jf. sak C-268/99 *Jany*, avsnitt 50.

<sup>95</sup> Jf. sak C-268/99 *Jany* avsnitt 56. Se også sak C-159/90, *The Society for the Protection of the Unborn Children*, avsnitt 20.

<sup>96</sup> Jf. sak C-120/95 *Decker*, avsnitt 31 og sak C-157/99 *Geraes-Smits og Peerboms*, avsnitt 61.

<sup>97</sup> Jf. forente saker C-369 og 376/96 *Arblade*, avsnitt 74.

<sup>98</sup> Se som eksempler sak 155/73 *Sacchi*, og fra EFTA-domstolens sak E-1/07 straffesak mot A.

<sup>99</sup> Se henholdsvis sak C-93/92 *Motorradcenter*, avsnitt 12 om varefriheten, og sak C-190/98 *Graf*, avsnitt 25 om fri flyt av arbeidstakere.

<sup>100</sup> Jf. sak C-190/98 *Graf*, avsnitt 25.

<sup>101</sup> Jf. sak C-211/08 *Kommisjonen mot Spania*, avsnitt 72.

adekvanslære er gitt et snevert nedslagsfelt,<sup>102</sup> og således kun vist til i en håndfull saker, er det ikke grunnlag for å gi den anvendelse i vår sak.

Det må derfor legges til grunn at medvirkningsforbudet til eutanasi er en restriksjon på den EØS-rettslige tjenestefriheten. Avgjørende for om den allikevel kan gjøres gjeldende, er om den kan tillates etter den tjenesterettslige unntaksadgang.

## 5.4 Unntaksadgangen

### 5.4.1 Innledning

For at forbudet mot medvirkning til eutanasi skal være lovlig etter EØS-avtalens tjenesteregler, må det være begrunnet i et lovlig hensyn og være egnet til og nødvendig for å oppfylle den grad av beskyttelse den norske stat kan oppstille for å ivareta det eller de angitte hensyn. Hvorvidt så er tilfellet, vil i stor grad bero på de generelle betraktninger det ble redegjort for i dette notatets kapittel 3.3.

Eutanasi som sådant har aldri vært behandlet i hverken EU- eller EFTA-domstolen,<sup>103</sup> og det vil derfor være nødvendig å se hen til øvrig relevant praksis, særlig knyttet til andre restriksjoner som omhandler tjenester hvis moralske status er diskutabel og varierende mellom EØS-statene.

### 5.4.2 Begrunnelse i legitime hensyn

Det strafferettslige eutanasi-forbudet i straffeloven § 275, jf. § 276 annet ledd, er begrunnet i flere ulike hensyn. Hvorvidt disse er legitime etter EØS-retten, må avgjøres konkret for hvert enkelt av dem. Det er grunn til å bemerke at forbudet mot medvirkning til eutanasi gjelder absolutt, og uten hensyn til hvor tjenesten utføres, eller hvilken nasjonalitet eller bo- eller etableringssted tjenesteyteren har. Det er derfor anledning til ikke bare å vektlegge de traktatfestede hensyn nevnt i EØS-avtalens art. 33, jf. art. 39, men også de domstolsskapte hensyn.

Skjønt det ikke er direkte sagt i straffelovens forarbeider, er det klart at forbudet mot drap etter samtykke og medvirkning til dette er begrunnet i grunnleggende betraktninger om menneskelivets ukrenkelighet, og således beskyttelsen av denne.<sup>104</sup> I EØS-rettslig forstand kategoriseres dette blant de underhensyn som kan begrunne en restriksjon i hensynet til den offentlige orden. Sammenhengen følger for det første av at EU-domstolen har uttalt at EU-retten, og EU-domstolen i sin anvendelse av denne, skal beskytte de «grundlæggende rettigheter».<sup>105</sup> Ved avgjørelsen av hvilke rettigheter dette gjelder, vil EU-domstolen særlig se hen til medlemsstatenes forfatninger og øvrig lovgivning, og internasjonale menneskerettighetskonvensjoner.<sup>106</sup>

---

<sup>102</sup> Se senest på norsk Haukeland Fredriksen og Mathisen (2018), s. 111.

<sup>103</sup> Temaet er så vidt berørt i generaladvokatens forslag til avgjørelse i sak C-289/15, Grundza, note 20, og generaladvokatens forslag til avgjørelse i sak C-254/11 Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Rendőrkapitányság Záhony Határrendészeti Kirendeltsége, note 64, men i helt andre sammenhenger enn denne.

<sup>104</sup> Hensynet ble blant annet trukket frem i en uttalelse fra Riksadvokaten, sitert i Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) på s. 187.

<sup>105</sup> Jf. sak C-36/02 Omega Spielhallen, avsnitt 32.

<sup>106</sup> Jf. TEU art. 6 tredje ledd.

EU-domstolen har anerkjent «den menneskelige værdighed» som et hensyn som kan begrunne restriksjoner på den frie tjenesteutøvelse.<sup>107</sup> Dette skjedde i en sak som handlet om simulering av drapshandlinger som foregikk i en spillehall. Eutanasi handler om reelle drapshandlinger på konkrete pasienter. Alt etter en «fra det mer til det mindre»-betraktningssmåte må det være klart at et forbud mot eutanasi er begrunnet i hensynet til den menneskelige verdighet. Dette synet styrkes ytterligere av at de fleste EØS-stater anser eutanasi som en forbrytelse, og dette gjøres nettopp for å beskytte menneskelivets ukrenkelighet. Tilsvarende er utgangspunktet i Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK), som EU er tilsluttet,<sup>108</sup> at drap kun kan tillates om det skjer ved dom eller i en ekstrem situasjon for å beskytte andres rett til liv og frihet.<sup>109</sup> Konvensjonen gir ingen rett for et menneske til å gjennomføre eutanasi.<sup>110</sup> På denne bakgrunn er det utvilsomt at Norge kan oppstille et forbud mot drap, også hvor dette skjer med pasientens samtykke, med henvisning til hensynet til å beskytte den offentlige orden, representert ved respekten for menneskelivets ukrenkelighet. Dette må gjelde uavhengig av om forbudet retter seg mot hovedmannen eller en medvirker (men dette kan komme inn ved forholdsmessighetsvurderingen).

Hensynet til folkehelsen i vid forstand kan imidlertid også begrunne et forbud mot (medvirkning til) eutanasi. Dette henger sammen med den såkalte «skråplaneffekten» mange frykter ved en eventuell oppmykning av regelverket rundt aktiv dødshjelp. Dette elementet gjør seg også gjeldende i den etterfølgende nødvendighetsvurderingen. Som anført i straffelovens forarbeider<sup>111</sup> vil et totalforbud hindre et scenario hvor flere og flere pasientgrupper innvilges eutanasi, noe som i sin tur kan føre til et, reelt eller innbilt, press for en pasient til å samtykke til sin egen assisterte død.<sup>112</sup>

Folkehelsen kan også begrunne et eutanasisforbud i den forstand at det motsatte kan innebære en nedbygging av det palliative pleietilbudet i helsevesenet, da behovet for et slikt vil være mindre ettersom flere og flere pasienter velger å avslutte livet før lindrende behandling er nødvendig.<sup>113</sup> Også dette hensyn må kunne antas å regnes som legitimt etter EØS-retten, da det er en variant av hensynet til å opprettholde den «lægelige kompetence» i Norge.<sup>114</sup>

Omtalen av alle de nevnte hensyn bygger på betraktninger rundt det generelle eutanasisforbudet. Det mer snevre medvirkningsforbudet er som alt sagt ikke særlig behandlet hverken i straffelovens forarbeider eller øvrige rettskilder om spørsmålet. Så også begrunnelsene for et slikt forbud. Det må allikevel kunne antas at forbudet følger av de samme hensyn som det generelle eutanasisforbudet, under den betraktningssformen at et medvirkningsforbud ivaretar de samme hensyn som hovedstraffebudet.

---

<sup>107</sup> Jf. sak C-36/02 Omega Spielhallen, avsnitt 34.

<sup>108</sup> Jf. TEU union art. 6 annet ledd.

<sup>109</sup> Jf. EMK art. 2 første og annet ledd.

<sup>110</sup> Jf. saken Pretty v. United Kingdom.

<sup>111</sup> Jf. Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) s. 188.

<sup>112</sup> Problemstillingen er også kjent i land hvor eutanasi tillates, se Lerner og Caplan (2015).

<sup>113</sup> Se Jones mfl. (2017) s. 38 for en nærmere redegjørelse om teorier bak dette hensynet.

<sup>114</sup> Jf. sak C-372/04 Watts, avsnitt 105 med videre henvisninger.

Endelig skal det bemerkes at det avgjørende i denne sammenheng er hvorvidt forbudet er begrunnet i legitime hensyn – ikke om andre legitime hensyn kan tenkes å tale for en annen løsning. Om så er, vil dette ivaretas gjennom forholdsmessighetsvurderingen.

### 5.4.3 Beskyttelsesnivå

Hvilket beskyttelsesnivå den norske stat ønsker å legge seg på i saker som berører befolkningens adgang til å medvirke ved eutanasi, er ikke direkte berørt i rettspraksis eller øvrige juridiske kilder. Utgangspunktet er imidlertid at medlemsstatene overlates en nokså vid skjønnsmargin ved avgjørelsen, særlig hva gjelder følsomme områder.<sup>115</sup>

I relasjon til den frie utveksling av legemidler (varer) har EU-domstolen særlig anerkjent statenes frie valg ved spørsmål om beskyttelsesnivå av hensyn til befolkningens liv og helse.<sup>116</sup> Likeledes påpeker Sejersted mfl. at EU- og EFTA-domstolen vil være særlig tilbakeholdende ved overprøvelsen av det statlige skjønnet for restriksjoner som er begrunnet i «sensitive» hensyn.<sup>117</sup> At det å hindre at egne borgere velger å avslutte sitt eget liv ved andres hjelp, med de implikasjoner som er skissert ovenfor, er et slikt sensitivt hensyn, må være utvilsomt.<sup>118</sup> Det er ikke grunn til å anta at hensynet til å hindre egne borgere i å medvirke ved slike behandlinger må betraktes på annen måte. Restriksjonen er derfor begrunnet i legitime hensyn, og beskyttelsesnivået som er valgt, er innenfor hva den norske stat har kompetanse til. Avgjørende for forbudets lovlighet er følgelig hvorvidt det hører til de restriksjoner staten lovlig kan innføre for å ivareta det aksepterte beskyttelsesnivået.

### 5.4.4 Egnethet

Hvorvidt et forbud mot medvirkning til eutanasi er egnet til å ivareta det angitte beskyttelsesnivå, beror på en konkret og objektiv vurdering. Hva gjelder å hindre at norske borgere hjelper andre med å utføre eutanasi, ved hjelp av straffebud, er det tilstrekkelig å vise til alminnelige betraktninger om straffetrusselens allmenn- og individualpreventive begrunnelser.<sup>119</sup> Den konkrete virkning av forbudet er vanskelig å måle, ettersom der hverken finnes statistikk over hvor mange nordmenn som hvert år utfører eutanasi, og hvor mange som medvirket til det. Samtidig kan det faktum at tiltale aldri har vært reist for slik medvirkning, illustrere at forbudet virker som det skal. Dog kan det hevdes at dette kun viser at norsk påtalemyndighet ikke forfølger slike saker, selv om de beviselig skjer, og det med full åpenhet rundt medvirkernes rolle og identitet.<sup>120</sup> I forlengelsen av dette kan det pekes på at spørsmålet overhodet ikke har vært problematisert i oppslagene rundt temaet, slik at forbudet kan fremstå som uten reell betydning.

Det er på denne bakgrunn vanskelig å trekke noen sikker konklusjon uten at ytterligere informasjon skaffes til veie. Så måtte også ha skjedd ved et eventuelt traktatbruddssøksmål etter ODA-avtalens art. 31. Det skal dog pekes på at skjønt medvirkningsansvaret på ett vis kan sies å være uten reell betydning, og således hverken konsistent eller egnet til å ivareta det

<sup>115</sup> Se Sejersted mfl. (2011) s. 339.

<sup>116</sup> Jf. sak C-322/01 Deutscher Apothekerverband, avsnitt 103, samt sak C-141/07 Kommisjonen mot Tyskland, avsnitt 51.

<sup>117</sup> Se Sejersted mfl. (2011) s. 339, jf. også s. 455.

<sup>118</sup> Jf. også Hervey og McHale (2015) s. 92 flg., særlig på s. 94.

<sup>119</sup> Jf. Andenæs (2004) s. 81 flg.

<sup>120</sup> Jf. igjen medieoppslag som NRK *Brennpunkt* (2015), og Svarstad (2014).

konkrete formål, må dette straffeansvaret sees som et ledd i et større arbeid for å motvirke eutanasi blant norske borgere. Det vises i denne forbindelse ikke bare til det mer generelle eutanasiforbudet medvirkningsansvaret er en del av, men også til norske myndigheters økte bevissthet om, og ønske om satsing innen, palliasjon.<sup>121</sup> På denne bakgrunn legges det i det følgende til grunn at medvirkningsforbudet er egnet til å ivareta beskyttelsen mot at norske borgere mottar eutanasi, med forbehold om at det for en fyllestgjørende vurdering forutsetter ytterligere informasjonsinnhenting, som ligger utenfor avhandlingens format.

#### 5.4.5 Nødvendighet

Om medvirkningsforbudet er nødvendig for å sikre hensynene til menneskelivets ukrenkelighet og de ulike aspekter ved folkehelsen, må også vurderes konkret. Som en del av nødvendighetsvurderingen beskrevet i perspektivnotatets kapittel 3.3 vil det være av særlig betydning om hensynene kan sikres tilsvarende av en annen restriksjon som er reelt gjennomførbar, og som i mindre grad vil gripe inn i tjenestefriheten.<sup>122</sup> Også i denne sammenhengen skal det bemerkes at statene normalt tillegges en hvis skjønnsmyndighet, særlig hva gjelder sensitive temaer.<sup>123</sup> Også ved nødvendighetsvurderingen er befolkningens overlevelse og helse klart blant de områder hvor statene bør tillates et visst slingringsmonn.

Hva gjelder den objektive nødvendighet mer generelt, er det tilstrekkelig å vise til at et straffebud normalt vil ha en penal effekt øvrige tiltak ikke vil ha, slik at beskyttelsesnivået vil være lavere dersom man kun innfører generelle forbud uten sanksjonering eller med andre sanksjoner enn straff. Det kan i denne sammenheng argumenteres med at denne distinksjonen ikke har betydning i vårt tilfelle, ettersom medvirkningsforbudet i praksis ikke blir håndhevet. Igjen vil ytterligere informasjon være nødvendig for å uttale noe sikkert, men det er grunn til å anta at også et «sovende» straffebud har en forsterket effekt, hvilket mindre inngripende tiltak ikke vil ha. At overtredelse av et bestemt straffebud hittil ikke er påtalt, betyr ikke at så ikke kan skje, og bevisstheten om dette må antas å ha en skjerpene effekt øvrige restriksjonsformer ikke kan skape.<sup>124</sup>

Det kan også hevdes at hensynene bak forbudet mot (medvirkning til) eutanasi er ivaretatt gjennom den belgiske lovgivnings strenge krav til pasientens håpløse tilstand, hans eller hennes samtykke og statlig kontroll.<sup>125</sup> Disse skal nemlig sikre at kun terminalt syke, eller uutholdelig lidende personer uten utsikt til bedring, skal få innvilget eutanasi, og på denne måten kan det sies at folkehelsen ikke utvannes. Hvorvidt dette overhodet holder vann, er diskutabelt, og under enhver omstendighet ivaretas ikke formålet om å respektere hvert enkelt livs ukrenkelighet. Argumentet kunne ha vært holdbart dersom norsk lov tillot eutanasi, og/eller medvirkning til dette, eksempelvis ved å åpne for anvendelsen av rettsstridsreservasjoner eller nødrettsbetraktninger.<sup>126</sup> Så er imidlertid ikke tilfellet. Det norske eutanasiforbudet er absolutt, en effekt som ikke kan gjennomføres ved mindre inngripende midler.

---

<sup>121</sup> Se senest NOU 2017: 16.

<sup>122</sup> Jf. Baudenbacher (red.) (2016), s. 366 flg., samt sak C-157/99 Geraets-Smits og Peerboms, avsnitt 75.

<sup>123</sup> Jf. Barnard (2016) s. 310.

<sup>124</sup> Se i samme retning sak C-137/09 Josemans, avsnitt 43.

<sup>125</sup> Jf. argumentasjonen i sak C-176/11 HIT, avsnitt 31.

<sup>126</sup> Som foreslått av straffelovkommisjonens mindretall, se Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) s. 188, jf. også argumentasjonen i Rt. 2000 s. 646 (Sandsdalen).



Avslutningsvis kan det nevnes at det såkalte snevre proporsjonalitetsprinsipp ikke tilsier en annen løsning. Skjønt eutanasi skal betraktes som en tjeneste i EØS-rettslig sammenheng etter avtalens art. 36 og 37, er de motstående hensyn til folkehelsen og livets verdighet så vidt tungtveiende at også et totalforbud mot en form for tjeneste må tillates.<sup>127</sup>

På denne bakgrunn kan forbudet mot medvirkning til eutanasi i straffelovens § 275, jf. § 276 annet ledd, opprettholdes med medhold i den EØS-rettslige unntakslæren, såfremt tiltakets egnethet kan dokumenteres.

## **6. KRIMINALISERING AV PASIENTERS KJØP AV SEKSUELLE TJENESTER OG MEDVIRKNING TIL DETTE**

### **6.1 Innledning**

#### **6.1.1 Om problemstillingen og dens betydning**

Seksualitet er et grunnleggende menneskelig trekk, hvis ivaretagelse har direkte innvirkning på helsen for øvrig.<sup>128</sup> Særlig kan den mentale helsen påvirkes negativt ved mangel på seksuell tilfredsstillelse, samtidig som jevnlig tilfredsstillelse også har flere positive somatiske virkninger.<sup>129</sup> De seksuelle behov er grunnleggende sett de samme for alle mennesker, uavhengig av funksjonsevne.<sup>130</sup> Noen former for funksjonsnedsettelse kan imidlertid ha innvirkning på muligheten til selv å tilfredsstillere egne seksuelle behov. Dette gjelder særlig for personer med en utviklingshemning, som kan ha vansker med å i det hele tatt forstå sin egen seksualitet, og da også å vite hvordan den skal tilfredsstilles. Dette kan ikke bare gi seg utslag i frustrasjon, utagering eller uro, men også direkte fysisk skade, blant annet ved at personen kan «rive eller slite» i egne kjønnsorganer.<sup>131</sup> Videre kan personer med særlig nedsatt bevegelse og/eller koordinasjon, typisk grunnet lammelse eller manglende kontroll over bevegelser, ha store utfordringer med å tilfredsstillere seg selv fysisk. For begge disse gruppene personer med nedsatt funksjonsevne er det i tillegg vanligvis vanskeligere å etablere sosial kontakt enn for andre,<sup>132</sup> noe som igjen kan gjøre det vanskeligere for dem enn for andre å finne seg en seksualpartner.

På denne bakgrunn er det for enkelte grupper personer med nedsatt funksjonsevne av betydning for egen helse å få støtte til å utvikle et fruktbart forhold til egen seksualitet. Slik bistand kan bestå i tilpasset opplæring i kroppens anatomi og demonstrasjon av hvordan den kan bli tilfredsstillt, eller i hjelp til å produsere spesialtilpassede seksualtekniske hjelpemidler som personen selv kan håndtere.<sup>133</sup> Bistand kan også innebære å hjelpe pasienten med å legge til rette for at vedkommende kan tilfredsstillere seg selv, eksempelvis ved at pasienten blir lagt i en hensiktsmessig stilling. Tilsvarende hjelp kan gis i forbindelse med at en pasient ønsker å ha samleie med en annen person.

---

<sup>127</sup> Jf. igjen sak C-148/15 Deutsche Parkinson Vereinigung, avsnitt 30.

<sup>128</sup> Jf. Helsedirektoratet (2018).

<sup>129</sup> For en utfyllende redegjørelse, se Pedersen (2009).

<sup>130</sup> Jf. Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser (2014).

<sup>131</sup> Jf. Helsekompetanse.no, «Seksualitet og utviklingshemning» (ingen angitt dato).

<sup>132</sup> Jf. Grue (2001).

<sup>133</sup> Om denne ordningen i Norge, se NAV (2015).

I det følgende vil personer som har behov for bistand i forbindelse med tilfredsstillende av egne seksuelle behov, omtales som «pasienter», uten at det med det tas stilling til om det som mottas, til enhver tid skal regnes som helse- eller omsorgstjenester.<sup>134</sup>

I Norge vil den aktuelle pasientgruppen normalt være i nær kontakt med helse- og omsorgstjenesten i kommunen, enten grunnet behov for tett medisinsk oppfølging, ved at vedkommende bor i tilrettelagt bolig eller på et omsorgssenter, eller gjennom hjemmehjelpsordning, dagsenter mv. Helsepersonell som kommer i kontakt med en pasient i denne sammenheng, plikter å tilrettelegge for at pasienten skal ha mulighet til å ivareta egen seksualitet, herunder gjennom samtale eller fysisk tilrettelegging.<sup>135</sup> Dersom pasienten har behov for ytterligere oppfølging, skal han eller hun henvises til en av spesialisthelsetjenestens avdelinger for voksenhabilitering.<sup>136</sup> Her vil pasienten motta individuell veiledning og bistand.<sup>137</sup> Tilbudet gis i samarbeid med andre som har med pasienten å gjøre, herunder helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Det er viktig å bemerke at helsepersonellet ikke kan pålegges å utføre seksuelle handlinger med pasienten, herunder å fysisk bistå ved onani,<sup>138</sup> selv om dette i andre europeiske land regnes som en del av helsetjenestens oppgaver.<sup>139</sup> Videre kan pasienten ikke gis bistand til å skaffe seg en seksualpartner utover generell bistand til å ha et tilfredsstillende sosialt liv.

### 6.1.2 Norsk kriminalisering av kjøp av seksuelle tjenester

Den hjelpen pasienten gis, kan heller ikke komme i konflikt med øvrig norsk regelverk. I henhold til straffeloven av 2005 gjelder det blant annet et forbud mot å kjøpe seksuelle tjenester, eller medvirke til dette, jf. straffeloven § 316. Tilsvarende er det straffbart å fremme slik virksomhet (hallikvirksomhet), jf. straffeloven § 315 første ledd. Salg av seksuelle tjenester (prostitusjon) er imidlertid i seg selv ikke forbudt.

Forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester, og medvirkning til dette, ble innført i 2009. Det gjelder generelt og gjør ikke unntak for spesielle kjøpergrupper eller kjøpere med en spesiell motivasjon for handlingen.<sup>140</sup> En person med nedsatt funksjonsevne kan altså dømmes for kjøp av seksuelle tjenester, selv om handlingen er en konsekvens av vedkommendes særlige behov for tilrettelegging for tilfredsstillende av seksuelle behov som følge av funksjonsnedsettelse. Det samme gjelder den som medvirker til at handelen kommer i stand, helsepersonell innbefattet.

I motsetning til hva som er tilfellet ved drap med samtykke, kommer straffeloven §§ 315 og 316 også til anvendelse på handlinger begått i utlandet, såfremt gjerningspersonen er norsk statsborger eller bosatt i Norge.<sup>141</sup> Det er altså forbudt for en norsk pasient å motta seksuelle tjenester mot vederlag i andre EØS-stater, selv om handlingen er tillatt i staten hvor tjenesten

---

<sup>134</sup> Begrepene viser til de tilbud som ytes av helse- og omsorgstjenesten, slik denne er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd litra d.

<sup>135</sup> Jf. Helsedirektoratet (2015) s. 35.

<sup>136</sup> Generelt om tilbudet, se [habilitering.no](http://habilitering.no) om voksenhabilitering.

<sup>137</sup> Om tilbudet slik det var i 2008, se Storvik (2008).

<sup>138</sup> Slike tilfeller vil kunne rammes av reglene i straffeloven §§ 297 og 298.

<sup>139</sup> Jf. Kvalvik (2015), s. 99.

<sup>140</sup> Differensiering etter tjenesteyterens stilling ble diskutert i Ot.prp. nr. 48 (2007–2008), s. 11. Differensiering mellom ulike kjøpere ble ikke problematisert.

<sup>141</sup> Jf. straffeloven § 5 første ledd litra a til c, samt første ledd nr. 9.

leveres. Tilsvarende er det for norsk helsepersonell, og enhver annen norsk statsborger eller person som bor i Norge, forbudt å medvirke til at en pasient mottar seksuelle tjenester mot vederlag i andre EØS-stater, uavhengig av pasientens nasjonalitet eller bosted. Dette innebærer at pasienter som ikke finner det norske tilbud adekvat, eksempelvis fordi de er ute av stand til å benytte de hjelpemidler som tilbys,<sup>142</sup> og som derfor velger å motta seksuelle tjenester i en annen EØS-stat, begår en straffbar handling. Det samme gjelder medvirkeren.

## **6.2 Pasienters adgang til å kjøpe seksuelle tjenester etter dansk rett**

### **6.2.1 Den danske ordning**

I enkelte andre EØS-stater er imidlertid både prostitusjon og kjøp av seksuelle tjenester tillatt. Dette gjelder blant annet i Danmark, hvor det kun er straffbart å kjøpe seksuelle tjenester av personer under 18 år<sup>143</sup> samt å tilrettelegge for, eller fremme, prostitusjon (hallikvirksomhet).<sup>144</sup> Med andre ord kan danske pasienter kjøpe seksuelle tjenester for å tilfredsstille sine behov på en måte de selv finner at ellers ikke ville være mulig. Det finnes ikke konkrete tall på hvor mange pasienter dette gjelder, men det er ikke tvilsomt at det forekommer i en viss utstrekning.<sup>145</sup> Som nevnt vil personer som tilhører den aktuelle pasientgruppen, normalt være i nær kontakt med helse- og omsorgsmyndighetene, stort sett gjennom ulike botilbud. Det er en pasientgruppe som kan trenge hjelp til å ta kontakt med andre mennesker, herunder dem som selger seksuelle tjenester. Medvirkning til kjøp av seksuelle tjenester er heller ikke forbudt i Danmark, og det er ikke ukjent at ansatte i ulike kommunale botilbud hjelper pasienter med å kontakte prostituerte.<sup>146</sup> De kan også bistå med den praktiske gjennomføring av kjøpet, blant annet ved å utføre betalingen på pasientens vegne, hjelpe pasienten med å komme seg til avtalt sted eller bistå med å formidle pasientens ønske til den prostituerte når pasienten selv har vanskelig for å gjøre seg forstått.

Alle de beskrevne handlinger er tillatt etter dansk rett. Det har i lengre tid foreligget håndbøker og veiledninger om hvordan pasienter med sterkt nedsatt funksjonsevne kan hjelpes i forbindelse med sin seksualitet, hvor det også har vært presisert at bistand til å kontakte prostituerte inngår.<sup>147</sup> Fra 2012 har det vært presisert at helsepersonellet ikke plikter å yte slik bistand.<sup>148</sup> Enkelte kommuner, heriblant København, har valgt å forby helsepersonell å bistå i forbindelse med kjøp av seksuelle tjenester,<sup>149</sup> men stort sett er det ikke grunn til å anta at praksisen er særlig redusert som følge av presiseringen i veiledningen.<sup>150</sup>

### **6.2.2 Ordningens betydning for norske personer**

Norske statsborgere eller personer bosatt i Norge kan bli berørt av de danske reglene i forbindelse med kjøp av seksuelle tjenester for pasienter med sterkt nedsatt funksjonsevne på flere vis. I det følgende konsentreres drøftelsen om to situasjoner. Enten kan pasienten selv

---

<sup>142</sup> For ytterligere konkretisering av en slik situasjon, se NRK (2015).

<sup>143</sup> Jf. dansk straffelov § 224.

<sup>144</sup> Jf. dansk straffelov §§ 233 og 233A.

<sup>145</sup> Se eksempelvis Nielsen (2012).

<sup>146</sup> Jf. Phillipsen og Kristiansen (2016).

<sup>147</sup> Jf. Syse (1995), s. 559.

<sup>148</sup> Jf. Holmskov og Skov (2012), s. 36.

<sup>149</sup> Jf. Socialpædagogen (2007).

<sup>150</sup> Se Phillipsen og Kristiansen (2016).

være norsk statsborger eller bosatt i Norge, og enten motta tjenestene i forbindelse med reise til Danmark eller fordi vedkommende er bosatt i landet.<sup>151</sup> Det kan også tenkes at pasienten (kjøperen) er dansk, men at det er en norsk statsborger som i egenskap av å være helsepersonell som arbeider i Danmark, medvirker til at handelen kommer i stand.

Begge de beskrevne situasjoner rammes av det norske forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester i straffeloven § 316, jf. § 5 første ledd litra a og b, og første ledd nr. 9. I det videre vil det bli vurdert om dette forbudet utgjør en restriksjon etter EØS-avtalens tjenesteregler, og i så fall om den allikevel kan tillates.

### **6.3 Forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester og EØS-retten**

#### **6.3.1 Innledning**

Som for øvrige restriksjoner må lovligheten av det norske forbud mot kjøp av seksuelle tjenester, og medvirkning til dette, bedømmes etter EØS-avtalens art. 36 og art. 33, jf. art. 39. Avgjørende er om forbudet utgjør en uforholdsmessig restriksjon på utøvelsen av en grensekryssende tjeneste som er beskyttet av EØS-avtalen. Hverken EU- eller EFTA-domstolen har behandlet forbud av akkurat denne karakter, men det foreligger en del rettspraksis som kan ha relevans ved bedømmelsen.

#### **6.3.2 Hvorvidt det foreligger en tjeneste og en restriksjon**

Det må for det første avgjøres om seksuelle tjenester er en tjeneste i EØS-rettslig forstand, jf. EØS-avtalens art. 37. Det er tilstrekkelig å vise til at det her er snakk om en aktivitet som av natur ytes mot betaling (seksuelle tjenester som ytes frivillig og ikke mot vederlag, er ikke omfattet av straffebudet). Det er samtidig klart at det kun er tilfeller hvor tjenestemottaker eller -yter krysser en grense innen EØS-området, som rammes. Så vil være tilfellet når en norsk pasient mottar seksuelle tjenester mens vedkommende er på reise i Danmark. For en norsk pasient bosatt i Danmark, eller norsk helsepersonell som arbeider i Danmark, vil tjenestereglene kun ha betydning når heller ikke tjenestetilbyderen selv er dansk, slik dette defineres etter EØS-retten. Dette er anslått til å gjelde en større del av det danske prostitusjonsmiljø,<sup>152</sup> og forutsetningen er derfor ikke upraktisk.

I likhet med spørsmålet om eutanasi reiser spørsmålet om kjøp av seksuelle tjenester politiske og moralske spørsmål, hvor praksis varierer svært innenfor EØS-området.<sup>153</sup> Dette i seg selv unntar imidlertid ikke aktiviteten fra EØS-avtalens virkeområde, idet EU-domstolen ikke ser det som sin oppgave å «sætte sin vurdering i stedet for lovgivers».<sup>154</sup>

Norske bestemmelser som, direkte eller indirekte, potensielt eller aktuelt, kan påvirke kjøp av seksuelle tjenester som innebærer en grensekryssing, er derfor som utgangspunkt forbudt.<sup>155</sup> I denne sammenheng er det ubestridt at en kriminalisering av kjøp av seksuelle tjenester har direkte betydning for muligheten til å yte slike tjenester til norske statsborgere eller til personer

<sup>151</sup> Førstnevnte tilfelle ble særlig belyst i Kvalvik (2015), s. 167 flg., se særlig s. 175.

<sup>152</sup> Se sammendrag til Kofod mfl. (2011).

<sup>153</sup> Se Porter (2016).

<sup>154</sup> Se sak C-268/99 Jany, avsnitt 56. Se også sak C-159/90, The Society for the Protection of The Unborn Children, avsnitt 20.

<sup>155</sup> Jf. EØS-avtalens art. 36, jf. sak C-120/95 Decker, avsnitt 31.

bosatt i Norge. Tilsvarende kan forbudet innebære at ytelse av tjenesten til danske pasienter vanskeliggjøres ettersom det norske helsepersonell ikke lovlig kan formidle kontakt mellom pasienten og tjenesteyteren. Avgjørende for forbudets lovlighet er altså om det er begrunnet i ett eller flere legitime hensyn, om det angitte beskyttelsesnivået kan tillates, og om restriksjonen i så fall er egnet til og nødvendig for å oppnå denne målsettingen. Hvorvidt vilkårene er oppfylt, vurderes i det følgende.

## 6.4 Unntaksadgangen

### 6.4.1 Begrunnelse i legitime hensyn

Forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester, og medvirkning til slikt kjøp, gjelder allment. Det skiller ikke mellom kjøper eller selgers nasjonalitet, deres beveggrunner for å yte eller motta tjenesten eller hvor lovbruddet foregår. Heller ikke innebærer det noen indirekte forskjellsbehandling. Følgelig kan forbudet tillates såfremt det er begrunnet i ett eller flere tvingende hensyn anerkjent av EU-domstolen, i tillegg til dem som følger av EØS-avtalens art. 33, jf. art. 39.<sup>156</sup> Nok en gang er det ikke bare hvilke hensyn lovgiver har angitt som gjeldende, som skal bedømmes, men hvilke hensyn forbudet etter en objektiv vurdering faktisk antas å beskytte.<sup>157</sup>

EØS-avtalen åpner for at restriksjoner på tjenestefriheten kan begrunnes i hensynet til den offentlige orden, jf. avtalens art. 33, jf. art. 39. Begrepet «den offentlige orden» skal fortolkes strengt, selv hvor den aktuelle restriksjonen ikke innebærer noen forskjellsbehandling.<sup>158</sup> Det må foreligge en «virkelig og tilstrækkelig alvorlig trussel mod et grundlæggende samfundshensyn».<sup>159</sup> Innenfor denne rammen er medlemsstatene overlatt et visst skjønn med hensyn til hvilke særlige samfunnshensyn som kan begrunne restriksjoner.<sup>160</sup> Domstolen har ikke uttrykkelig uttalt seg om hvorvidt kravet for at den offentlige orden må være truet, skal regnes som et vilkår for overhodet å påberope hensynet som begrunnelse for et unntak, eller om det skal forstås som et ledd i proporsjonalitetsvurderingen ved spørsmål om hvilket beskyttelsesnivå staten kan ivareta.<sup>161</sup> Jeg leser rettspraksis dit hen at sistnevnte er tilfellet, da åpningen for at det gjelder en statlig skjønnsmargin såfremt de krav som stilles i EØS-avtalen, er oppfylt, er nokså likelydende de som gjelder proporsjonalitetsvurderingen etter andre hensyn.<sup>162</sup> Det tas derfor i denne omgang kun stilling til om de ulike hensyn overhodet kan være relevante.

Et kompliserende element i vår sak er at den delen av forbudet som behandles, dreier seg om tjenester som leveres utenfor Norge. Avgjørende er altså hvorvidt norske borgeres kjøp av seksuelle tjenester i et annet EØS-land (i dette tilfellet Danmark), eller medvirkning til dette, oppfyller kravet til en virkelig og tilstrekkelig trussel mot den norske offentlige orden. Selv om det ikke er blitt uttrykkelig presisert av EU-domstolen, er det nærliggende å forstå rettspraksis dit hen at forhold som vedrører den felleseuropeiske, eller mer spesielt den danske, offentlig orden, ikke kan påberopes i forbindelse med norsk regulering. Motsatt ville det ikke være

<sup>156</sup> Se motsetningsvis sak C-153/08 Kommisjonen mot Spania, avsnitt 36.

<sup>157</sup> Jf. sak E-2/06 ESA mot Norge (hjemfallssaken), avsnitt 77.

<sup>158</sup> Jf. sak C-36/02 Omega Spielhallen, avsnitt 30.

<sup>159</sup> Jf. forente saker 115/81 og 116/81 Adiou og Cornuaille, avsnitt 8.

<sup>160</sup> Jf. sak C-36/02 Omega Spielhallen, avsnitt 31.

<sup>161</sup> Spørsmål har uansett kun strukturell, og ikke praktisk, betydning.

<sup>162</sup> Se eksempelvis sak C-148/15 Deutsche Parkinson Vereinigung, avsnitt 30.

nødvendig å overlate hver enkelt stat en viss skjønnsmargin<sup>163</sup> i tillegg til at lovgiver for øvrige hensyn kun kan legge vekt på hensyn i sin egen stat.<sup>164</sup> Det norske forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester kan altså kun begrunnes i hensyn til den norske offentlige orden.

For det første er det lite tvilsomt at et forbud mot kjøp av seksuelle tjenester, og medvirkning til dette, er et utslag av en grunnleggende moralsk betraktning om menneskets iboende verdighet, herunder at den enkeltes kropp og intimitet ikke skal være en salgsvare.<sup>165</sup> Forbudet er altså gitt med det formål å hindre at en person skal selge seg selv, enten det skjer frivillig eller under tvang. EU-domstolen har uttalt at det å beskytte den menneskelige verdighet «utvilsomt [er] forenelig» med EØS-retten, med henvisning til at det er domstolens oppgave å beskytte visse alminnelige rettsgrunnsetninger.<sup>166</sup> Ved besvarelse av spørsmålet om hvilke rettsgrunnsetninger det nærmere er snakk om, vil domstolen som beskrevet i kapittel 5.4.2 la seg inspirere av medlemsstatenes felles forfatningstradisjoner, men også øvrige internasjonale konvensjoner.<sup>167</sup> Til sistnevnte er det naturlig å anta at også FNs kvinnediskrimineringskonvensjon (KDK) hører. Konvensjonen gjelder som norsk lov<sup>168</sup> og pålegger konvensjonspartene å iverksette alle mulige tiltak for å bekjempe handel med kvinner, herunder i prostitusjon.<sup>169</sup> Selv om konvensjonen ikke behandler frivillig prostitusjon, er det grunn til å tillegge dens grunnleggende syn på kvinners frihet, også over egen kropp, vekt som et så vidt betydningsfullt samfunnsmessig hensyn hvis beskyttelse har betydning for den offentlige orden.

Samtidig kan en norsk restriksjon ikke begrunnes i hensynet til å forhindre at den menneskelige verdighet krenkes i Danmark. I den grad den norske offentlige orden krenkes av at norske statsborgere eller personer bosatt i Norge kjøper, eller medvirker til kjøp av, seksuelle tjenester i Danmark, kan hensynet imidlertid trekkes inn. Det kan eksempelvis være tilfellet dersom det norske prostitusjonsmarkedet styrkes som følge av at kjøp av seksuelle tjenester normaliseres gjennom at pasienter lovlig mottar slike tjenester i andre land, slik at det skaper en normalisert holdning om at kjøp av seksuelle tjenester ikke er problematisk.<sup>170</sup>

Selv om det norske forbudet er ment å ivareta enhver persons integritet, er det av lovgiver understreket at hovedmålsettingen er å komme den organiserte prostitusjon til livs.<sup>171</sup> Med dette menes virksomhet som innbefatter en eller annen form for tvang, direkte eller indirekte. Det typiske eksempel er hvor personen som selger seksuelle tjenester, er kommet inn i beskjeftigelsen som følge av menneskehandel, eller hvor vedkommende styres av bakmenn (halliker). Slik virksomhet er i seg selv forbudt etter straffeloven §§ 257 og 315, men forbudet i § 316 er gitt for å hindre at det overhodet skal eksistere et prostitusjonsmarked. Dersom et lovlig prostitusjonsmarked ikke finnes, vil dette redusere muligheten for at dette infiltreres av organisert prostitusjonsvirksomhet. Å hindre menneskehandel og annen organisert kriminalitet er et hensyn som må aksepteres som et ledd i beskyttelsen av den offentlige orden. Dette følger

---

<sup>163</sup> Jf. sak C-36/02 Omega Spielhallen, avsnitt 31.

<sup>164</sup> Jf. om forbrukervern i andre stater, sak C-384/93 Alpine Investments, avsnitt 43.

<sup>165</sup> Jf. Ot.prp. nr. 48 (2007-2008), s. 12.

<sup>166</sup> Jf. sak C-36/02 Omega Spielhallen, avsnitt 33 og 34.

<sup>167</sup> Jf. sak C-36/02 Omega Spielhallen, avsnitt 33.

<sup>168</sup> Jf. menneskerettighetsloven § 2, jf. § 3.

<sup>169</sup> Jf. Kvinnekonvensjonens art. 6.

<sup>170</sup> Jf. Ot.prp. nr. 48 (2007-2008), s. 14.

<sup>171</sup> Jf. Stortingets uttalelser i Innst.O.nr.3 (2008-2009), s. 8.

allerede av bestemmelsen i FNs kvinnekonvensjon,<sup>172</sup> og også av frihetsgrunnsetningen i FNs verdenserklæring art. 1.<sup>173</sup> Også i denne sammenheng kan hensynet til å bekjempe kriminalitet og utnyttelse kun legitimere et forbud mot kjøp av seksuelle tjenester i utlandet i den grad det knytter seg til norske forhold. Beskyttelsen av den danske offentlige orden er en sak for den danske stat. For hensynets betydning i en norsk kontekst kan det igjen vise til frykten for holdningsendringer og en økning i markedet i Norge.

Endelig er det norske forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester, og medvirkning til dette, begrunnet i at det også vil redusere øvrig kriminalitet som gjerne opptrer ved siden av, men ikke i direkte sammenheng med, prostitusjon. Prostitusjon, og da særlig den organiserte, forbindes gjerne også med handlinger som narkotikaforbrytelser, voldslovbrudd og øvrig vinningskriminalitet.<sup>174</sup> Til tross for at bekjempelsen av slik kriminalitet i seg selv er et legitimt formål, har EU-domstolen ved flere anledninger understreket at man ikke på generelt grunnlag kan gå ut fra at det å hindre etablering for selskaper eller personer fra andre stater vil være av betydning for å bekjempe kriminalitet, selv om slik etablering av erfaring kan øke forekomsten av straffbare handlinger.<sup>175</sup> Det kan være grunn til å anta at det samme utgangspunkt må gjelde for tjenestefriheten. Selv om det ikke på samme måte som for etableringsfriheten er grunn til å kreve at den enkelte tjenesteyters personlige forhold tas i betraktning, vil anerkjennelsen av kriminalitetsforebygging som et relevant hensyn implisitt legge til grunn at enhver prostitusjonsvirksomhet henger sammen med øvrig kriminell aktivitet. Dette hensynet kan derfor i seg selv ikke begrunne det norske forbudet. Dette gjelder også når frykten for økt bikriminalitet henger sammen med frykten for et økt prostitusjonsmarked som følge av at norske statsborgere og personer bosatt i Norge kjøper seksuelle tjenester i en annen EØS-stat, eller medvirker til dette.

#### 6.4.2 Beskyttelsesnivå

Ved avgjørelsen av hvilket beskyttelsesnivå som kan etableres for å beskytte den offentlige orden, representert ved hensynet til den grunnleggende moralske betraktningen om enkeltmenneskets frihet over egen kropp og ønsket om å hindre organisert prostitusjonsvirksomhet, er Norge overlatt et visst skjønn. Dette følger av at kjøp av seksuelle tjenester er et moralsk omstridt spørsmål i EØS-området – et spørsmål EU-domstolen overlater til hver enkelt stat å regulere.<sup>176</sup> Samtidig er statens skjønnsutøvelse begrenset av EØS-avtalens rammer for restriksjoner på den frie tjenesteutøvelse. I denne sammenheng innebærer det at Norge kun kan fastsette et beskyttelsesnivå som rammer virkelige og tilstrekkelige trusler mot den offentlige orden.<sup>177</sup> Det minnes om at det kun er tale om å beskytte den norske, i motsetning til andre lands, offentlige orden.

Spørsmålet er altså om kjøp av seksuelle tjenester, eller medvirkning til dette, oppfyller kravet til en «virkelig og tilstrækkelig» trussel mot den offentlige orden, forutsatt at handlingen

---

<sup>172</sup> Jf. kvinnekonvensjonens art. 6.

<sup>173</sup> Se også FNs konvensjon mot grenseoverskridende organisert kriminalitet, supplert ved protokoll for å forebygge, bekjempe og straffe handel med mennesker, særlig kvinner og barn art. 5.

<sup>174</sup> Se Prop. 68 L (2015–2016), s. 32.

<sup>175</sup> Jf. forente saker 115/81 og 116/81 *Adiou og Cornuaille*, avsnitt 10, og sak C-153/08 *Kommisjonen mot Spania*, avsnitt 39.

<sup>176</sup> Jf. motsetningsvis sak C-268/99 *Jany*, avsnitt 56.

<sup>177</sup> Jf. forente saker 115/81 og 116/81 *Adiou og Cornuaille*, avsnitt 8.

utføres i Danmark. Et tilsvarende spørsmål er ikke blitt behandlet i EU- eller EFTA-domstolen. Det er lite tvilsomt at kravet er oppfylt for den delen av forbudet i straffeloven § 316, som gjelder handlinger utført i Norge. Handlinger utført i Danmark kan derimot som utgangspunkt kun tenkes å få reell betydning for den danske offentlige orden, og ettersom kjøp av seksuelle tjenester, og medvirkning til dette, ikke er forbudt såfremt begge parter er voksne og villige, har ikke den norske stat noen grunn til å oppstille et strengere beskyttelsesnivå i Danmark enn den danske stat selv gjør. Noe annet ville rukke ved det folkerettslige prinsipp om statenes suverenitet<sup>178</sup> og er vel neppe heller en del av intensjonen bak den norske lovgivningen.

På den annen side ble det under forberedelsen av det norske forbudet understreket at organisert prostitusjonsvirksomhet og menneskehandel er et internasjonalt problem, som må bekjempes deretter.<sup>179</sup> Slik virksomhet er da også forbudt i Danmark,<sup>180</sup> og behandlingen her gjelder kun om det kan etableres et så vidt høyt beskyttelsesnivå at kjøp av seksuelle tjenester, eller medvirkning til dette, som sådanne rammes. Her må det vektlegges at Danmark ikke anser slike handlinger som en tilstrekkelig trussel mot den offentlige orden. Det kan da vanskelig konkluderes med at norsk lovgiver bør kunne overprøve dette, selv om det økte beskyttelsesnivå kun gjelder norske borgere.

Endelig ble det ved innføringen av det norske forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester i utlandet for begge de nevnte hensyn også trukket frem at forbudet skulle hindre en oppblomstring av det norske prostitusjonsmarkedet, noe som helt klart vil høre under den norske offentlige orden. Dette gjaldt særlig å hindre rekruttering av nye kunder til det norske markedet. Dette fordi det ble antatt at norske kjøpere av seksuelle tjenester gjerne debuterer i andre land, for så å medbringe sine holdninger og (ny)etablerte vaner tilbake til Norge.<sup>181</sup> Dette kan igjen medføre en lavere terskel for å begå handlinger som rammes av straffeloven § 316, noe som igjen vil krenke den enkeltes menneskeverd, og som på sikt kan øke etterspørselen etter prostituerte i Norge, noe som igjen kan innebære økt menneskehandel til landet. Årsakskjeden er her intrikat og ikke aldeles etterprøvbar. Det kan i alle fall vanskelig sies at denne muligheten for påvirkning av det illegale norske prostitusjonsmarkedet er en såpass «virkelig og tilstrækkelig trussel» mot den norske ro og orden at det begrunner et økt beskyttelsesnivå, særlig ettersom spørsmålet i denne sammenheng dreier seg om å hindre personer i å motta seksuelle tjenester begrunnet i deres helsetilstand. Dette gjelder en liten gruppe kjøpere, noe som igjen reduserer muligheten for negative ringvirkninger.

Det norske forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester, og medvirkning til dette, i utlandet kan altså ikke sies å ivareta den norske offentlige orden i en slik grad at det kan tillates etter EØS-avtalens art. 33, jf. art. 39.

### 6.4.3 Egnethet

Forutsatt at forbudet var gitt for å ivareta et tillatt nivå for beskyttelsen av den offentlige orden, måtte det ha blitt drøftet om forbudet er egnet til og nødvendig før å sikre den nevnte grad av beskyttelse. I egnethetsvurderingen er det, her som ellers, avgjørende om forbudet objektivt sett

<sup>178</sup> Jf. Ruud og Ulfstein (2011) s. 21.

<sup>179</sup> Jf. Innst. O. nr. 3 (2008–2009) s. 13.

<sup>180</sup> Jf. dansk straffelov §§ 233 og 233A.

<sup>181</sup> Jf. Ot.prp. nr. 48 (2007–2008), s. 14.



er egnet til å ivareta det angitte beskyttelsesnivå på en sammenhengende og konsistent måte.<sup>182</sup> Vurderingen må blant annet legge vekt på konkret dokumentasjon på at forbudet vil ha den ønskede effekt på prostitusjonsmarkedet.<sup>183</sup> I denne sammenheng er evalueringer av forbudet av særlig interesse.

I 2014 ble det i en analyse anslått at det norske prostitusjonsmarkedet var redusert med mellom 20 og 25 prosent etter innføringen av forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester og medvirkning til dette.<sup>184</sup> Det er videre lenge varslet at regjeringen vil fremme en stortingsmelding som redegjør for effekten på en bredere basis, men det er foreløpig uklart når dette vil skje.<sup>185</sup> Hittil er det ikke blitt presentert tall som sier noe konkret om forbudets anvendelse i utlandet og betydningen dette har for det norske markedet. Det må allikevel antas at forbudet har en viss virkning, i alle fall i den forstand at det er skjedd en holdningsendring, som i seg selv kan føre til redusert kjøp av seksuelle tjenester av norske borgere. At forbudet også gjelder handlinger begått i utlandet, illustrerer i alle fall at restriksjonen på tjenestefriheten gjennomføres konsistent og systematisk; forbudet er absolutt, ikke bare i den forstand at det gjelder alle norske borgere, men også at det gjelder uavhengig av hvor de oppholder seg.

At ingen foreløpig er dømt for kjøp av seksuelle tjenester i utlandet, eller medvirkning til dette, kan ikke i denne sammenheng tillegges betydning. Forbudets faktiske eksistens, og den signaleffekt dette i seg selv innebærer, må her være avgjørende.<sup>186</sup>

Hva gjelder situasjonen for en norsk borger som arbeider i den danske helse- og omsorgstjenesten og i denne forbindelse medvirker til kjøp av seksuelle tjenester, finnes det ingen indikasjoner på at forbudet ville ha noen direkte betydning for det norske prostitusjonsmarkedet. Situasjonen er overhodet ikke behandlet i noen norske lovforarbeider, ei heller i evalueringer av forbudet i straffeloven § 316, noe som tyder på at den overhodet ikke har vært påtenkt. Den eventuelle effekt av det norske forbudet ville i denne sammenheng være så vidt fjerntliggende og usikker at den uansett ikke kunne tas i betraktning.

#### **6.4.4 Nødvendighet**

Til sist må det vurderes om det norske forbudet er nødvendig for å ivareta den norske offentlige orden, forutsatt at det angitte beskyttelsesnivå i seg selv var forholdsmessig, og at tiltaket i alle sammenhenger var egnet. Nødvendighetsvurderingen beror særlig på om forbudet kan sies å være objektivt nødvendig for å ivareta det presumptivt lovlige beskyttelsesnivå, tatt i betraktning at forbudet medfører et inngrep i den EØS-rettslige tjenestefrihet, samt om samme effekt kan oppnås gjennom mindre inngripende tiltak.

Det må for det første bemerkes at det er tale om en nokså inngripende restriksjon på tjenestefriheten. For pasientgruppen beskrevet i kapittel 6.1 er det å kunne motta hjelp og støtte

---

<sup>182</sup> Fra den nyere rettspraksis, se eksempelvis sak C-3/17 Sporting Odds, avsnitt 24.

<sup>183</sup> Jf. sak C-148/15 Deutsche Parkinson Vereinigung, avsnitt 36.

<sup>184</sup> Se Regjeringen.no (2014).

<sup>185</sup> Se skriftlig spørsmål i Stortinget om melding i Dokument nr. 15:282 (2016–2017).

<sup>186</sup> Jf. sak C-137/09 Josemans, avsnitt 43.

til å utvikle et fruktbart seksualliv av særlig viktighet.<sup>187</sup> Selv om dette etter norsk rett ikke omfatter rett til å kjøpe seksuelle tjenester, er dette annerledes i dansk rett, hvor et slikt behov sågar er anerkjent innen helse- og omsorgstjenesten.<sup>188</sup> At en ansatt ikke er pliktig til å bistå med gjennomføringen av et slikt kjøp, kan i denne sammenheng ikke tillegges betydning; det avgjørende er at dansk rett aksepterer at enhver, herunder personer med nedsatt funksjonsevne hvis hovedmotivasjon for kjøpet er en forbedret helsetilstand, har rett til å kjøpe seksuelle tjenester. Selv om norsk personalhøyhet tilsier at norske lover kan gis anvendelse også når borgerne oppholder seg i utlandet, må denne kompetansen ikke brukes til å gi forbud som ikke står i forholdsmessighet til den restriksjon som gjøres på tjenestefriheten. Som nevnt kan det norske forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester i utlandet presumeres å ha en så vidt marginal betydning for ivaretagelsen av det angitte beskyttelsesnivået at det ikke rettfærdiggjør at forbudet kan opprettholdes i medhold av EØS-avtalens art. 33, jf. art. 39.

Dette gjelder i enda større grad for den delen av forbudet som knytter seg til norske borgere som arbeider i dansk helse- og omsorgstjeneste, og som i egenskap av dette kan velge å medvirke til at kjøp av seksuelle tjenester kommer i stand. I denne situasjonen vil det norske forbudet også måtte prøves mot reglene for fri flyt av arbeidstakere,<sup>189</sup> men alt etter tjenestereguleringene er det klart at det ikke er forholdsmessig. I den grad forbudet kunne ha blitt godtatt som at det ivaretok et lovlig beskyttelsesnivå, og var egnet til å oppnå dette, ville inngrepet i en persons rett til å yte helsetjenester i et annet EØS-land, på tjenestelandets vilkår, være langt mer tungtveiende enn hensynet til den tvilsomme, og i beste lite betydningsfulle, påvirkning tjenesteutøvelsen ville ha for det norske prostitusjonsmarked.

Hvorvidt den ønskede effekten av forbudet kunne ha blitt oppnådd gjennom mindre inngripende tiltak, vil bero på om kjøp av seksuelle tjenester i utlandet overhodet har innvirkning på det norske prostitusjonsmarkedet. I mangel av andre holdepunkter kan det legges til grunn at en liten innvirkning nok foreligger.<sup>190</sup> Hvorvidt en tilsvarende virkning kunne oppnås gjennom mindre inngripende tiltak, ble diskutert, om enn ikke i en EØS-rettslig kontekst, da forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester ble innført. Man kom imidlertid til at så ikke var tilfellet, nettopp fordi et totalforbud kommuniserer sterkere enn et delvis forbud, hvor det må skilles mellom ulike kjøpere og selgere og hvor tjenesten leveres.<sup>191</sup> Forutsatt at dette er riktig, vil det altså ikke kunne tenkes mindre inngripende tiltak som har den samme virkningen for de tvingende allmenne hensyn forbudet skal ivareta.

Endelig skal det påpekes at forbudets nødvendighet, i alle fall delvis, kan trekkes i tvil, all den tid formålet ivaretas gjennom dansk rett. Både Danmark og Norge har som uttalt målsetting at menneskehandel og organisert prostitusjon skal reduseres,<sup>192</sup> men har kun ulik oppfatning av om det er nødvendig for å oppnå dette mål også å forby kjøp av seksuelle tjenester hvor begge parter er villige og har nådd myndighetsalder. Også i denne sammenheng vises det til at det gjelder en skjønnsmargin for statene til å etablere de tiltak de finner nødvendige, all den tid

---

<sup>187</sup> Dette er blant annet fastslått i FN-konvensjonen om personer med nedsatt funksjonsevne art. 25 første ledd litra a.

<sup>188</sup> Se Holmskov og Skov (2012), s. 36.

<sup>189</sup> Jf. EØS-avtalens art. 28, jf. art. 33.

<sup>190</sup> Jf. Ot.prp. nr. 48 (2007-2008), s. 14.

<sup>191</sup> Jf. Innst.O.nr. 3 (2008-2009), s. 3.

<sup>192</sup> Jf. den norske straffeloven §§ 257 og 316 og dansk straffelov §§ 233 og 233A.

EØS-avtalens rammer respekteres.<sup>193</sup> I denne sammenheng bør Danmarks valg av hvilke tiltak som er nødvendige, i alle fall til en viss grad, regnes som tilstrekkelige for å ivareta beskyttelsen av den menneskelige verdighet og hensynet til å bekjempe menneskehandel og organisert prostitusjon.

Forbudet i straffeloven § 316 strider etter dette mot tjenestefriheten i EØS-avtalen i den grad norske pasienter hindres i å motta seksuelle tjenester begrunnet i deres helsetilstand i Danmark. Tilsvarende gjelder for norske statsborgere som er bosatt i Danmark, og som ledd i sitt arbeid medvirker til kjøp av seksuelle tjenester på vegne av en pasient eller bruker. Det er ingen grunn til at dette ikke også skal gjelde for de andre EØS-stater hvor kjøp av seksuelle tjenester er tillatt.

## 7. SAMMENFATNING

Som allerede antydnet i kapittel 4 har de foregående redegjørelser demonstrert hvordan det EØS-rettslige proporsjonalitetsprinsippet kan slå ulikt ut etter omstendighetene. I spørsmål som dreier seg om kriminalisering av mottakelsen av moralsk omstridte tjenester, skal EØS-reglene både ivareta hensynet til den norske stats skjønnsmargin ved reguleringen av slike spørsmål samtidig som det skal tas hensyn til de aktuelle pasienters særlige sårbarhet, og ikke minst at et straffebud er en inngripende restriksjonsform.<sup>194</sup> At disse hensyns vekt må variere ut fra den konkrete situasjon, er illustrert ved ulikhetene i vurderingene som foretas i kapittel 5 og 6, og ikke minst gjennom at forbudet mot medvirkning til eutanasi er funnet rettmessig i henhold til EØS-avtalens tjenesteregler, samtidig som det norske forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester for pasienter og medvirkning til dette trolig ikke kan opprettholdes i lys av EØS-retten.

At konklusjonene i kapittel 5 og 6 er ulike, skyldes hovedsakelig to forhold. For det første er forbudet mot medvirkning til eutanasi begrunnet i hensynet til hvert individs menneskeverd. Forbudet er altså gitt for å beskytte pasienten, også når denne ikke ønsker noen slik beskyttelse. Ved forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester, eller medvirkning til dette, hvor tjenesten ytes til en person som selv ikke er i stand til å tilfredsstill sine egne seksuelle behov, er den viktigste årsaken imidlertid hensynet til tjenesteyteren. Det kan argumenteres for at en person som selger seksuelle tjenester, i likhet med en pasient som ønsker eutanasi, er den svake part i tjenesteforholdet. Dette er allikevel ikke alltid tilfellet, noe et generelt forbud ikke vil ta tilstrekkelig hensyn til. Det avgjørende er imidlertid at forbudets begrunnelse viser til forhold i en annen stat enn den norske. I kapittel 17 er Danmark brukt som eksempel, men det samme vil gjelde for andre EØS-land hvor kjøp av seksuelle tjenester under visse omstendigheter er lovlig. I denne sammenheng kan det ikke være opp til den norske lovgiveren å avgjøre hvilke tiltak som skal settes inn for å bekjempe prostitusjonen i den staten hvor tjenesten ytes, og om dette i det hele tatt er ønskelig. En slik avgjørelse hører inn under statenes suverenitet, og tilligger således tjenestestaten.

Den andre hovedårsaken til at det norske forbudet mot medvirkning til eutanasi kan opprettholdes, mens forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester, og medvirkning til dette, for pasienter som ellers ikke vil få tilfredsstill sine seksuelle behov, ikke er i overensstemmelse

<sup>193</sup> Jf. sak C-36/02 Omega Spielhallen, avsnitt 31.

<sup>194</sup> Jf. sak C-243/01 Piergiorgio Gambelli mfl., avsnittene 72 og 73.

med EØS-avtalens krav til restriksjon, er at det faktisk dreier seg om to ulike situasjoner. Selv om det i begge tilfeller dreier seg om moralsk omstridt virksomhet, er det en vesensforskjell mellom det å avslutte et menneskeliv og det å kjøpe seksuelle tjenester av en person som må formodes å tilby slike tjenester frivillig.<sup>195</sup> EU-domstolen har riktignok hittil ikke uttalt at den skjønnsmarginen som overlates EØS-statene ved spørsmålet om reguleringen av moralsk omstridte tjenester, også varierer ut fra hvilken moralsk omstridt tjeneste det er snakk om. Ut fra reelle hensyn vil det dog ikke være unaturlig å anta at en slik variasjon kan forekomme.

Dette vil i så fall også ha betydning ved vurderingen av andre former for omstridte tjenester. Innenfor helsefeltet kan behandlinger som innebærer bruk av substanser som etter norsk rett regnes som narkotika (typisk hasj),<sup>196</sup> fertilitetsbehandlinger ved bruk av celler fra en person uten vedkommendes samtykke<sup>197</sup> og kosmetiske behandlinger til en person som etter norsk rett ikke er samtykkekompetent, typisk grunnet lav alder, være relevante eksempler.<sup>198</sup> Det samme gjelder et eventuelt forbud mot å genteste andre personer enn seg selv, typisk egne barn, hvor testingen foregår i en annen EØS-stat, og forbud mot surrogati.<sup>199</sup> Selv om det i slike tilfeller naturligvis må gjøres selvstendige vurderinger av en eventuell norsk restriksjons lovlighet, er de generelle trekkene ved redegjørelsene i dette perspektivnotatet nok også dekkende for rettstilstanden på dette feltet mer generelt. Flere av momentene som er trukket frem ved de konkrete bedømmelsene, og vektingen av disse, vil også ha overføringsverdi i lignende saker. Om ikke annet illustrerer notatet hvordan EØS-reglene kan ha innvirkning på områder som ved første øyekast ligger svært langt fra EØS-avtalens økonomiske kjerneområde. Selv om norske pasienter i relativt liten grad hittil har prøvet det norske regelverks lovlighet etter EØS-retten, er det ikke umulig at så vil kunne skje i overskuelig fremtid.

---

<sup>195</sup> Om tjenestetilbyderen opptrådte under tvang, ville forholdet nemlig også være forbudt etter dansk straffelov § 260.

<sup>196</sup> Jf. legemiddeloven § 22 med tilhørende forskrifter.

<sup>197</sup> Se som eksempel Blood-saken, 2 All ER. 687 (1997).

<sup>198</sup> Se Hervey og McHale (2015), s. 92 flg. for ytterligere eksemplifisering.

<sup>199</sup> Sistnevnte ble senest behandlet i LB-2017-11322.

## **KILDER**

### **Lovgivning**

#### **Norsk lovgivning**

1902 Lov 10. mai 1902 nr. 10 almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven)

1992 Lov 27. november 1992 nr. 109 om gjennomføring i norsk rett av hoveddelen i avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) m.v. (EØS-loven)

1992 Lov 4. desember 1998 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven)

1999 Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven).

1999 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

2005 Lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff (straffeloven)

2013 Lov 21. juni 2013 nr. 79 om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)

#### **Norske forskrifter**

2010 Forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (forskrift om stønad til helsetjenester i EØS)

#### **EØS-lovgivning**

EØS-avtalen Avtale om det Europeiske økonomiske samarbeidsområde, 1993.

ODA-avtalen Avtale mellom EFTA-statene om opprettelsen av et overvåkningsorgan og en domstol, 1992.

TEU Traktaten om Den Europæiske Union, Konsolidert versjon 2016 (EUT 2016/C 202/01).

TEUF Traktaten om Den Europæiske Unions funktionsmåde. Konsolidert versjon 2016 (EUT 2016/C 202/01).

EP/Rfo 2004/883/EF Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 av 29. april 2004 om koordinering av trygdeordninger. [Trygdeforordningen]

EP/Rdir 2005/36/EF Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7. september 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner. [Yrkeskvalifikasjonsdirektivet]

EP/Rdir 2011/24/EU Europaparlaments- og rådsdirektiv 2011/24/EU av 9. mars 2011 om pasientrettigheter i forbindelse med grensekryssende helsetjenester. [Pasientrettighetsdirektivet].

### **Nasjonal utenlandsk lovgivning**

Straffeloven lovbekendtgørelse nr. 977 av 9. august 2017 (Straffeloven) [Danmark]

The Belgian Act on Euthanasia av 28. mai 2002 (som gjengitt i Jones mfl. (2016)) (Belgia)

### **Internasjonale instrumenter**

1948 FNs verdenserklæring om menneskerettigheter av 10. desember 1948

1950 Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) av 4. november 1950

1979 FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner av 18. desember 1979

2000 FNs konvensjon mot grenseoverskridende organisert kriminalitet

2000 Protokoll til FNs konvensjon mot grenseoverskridende kriminalitet for å forebygge, bekjempe og straffe handel med mennesker, særlig kvinner og barn av 15. november 2000.

2006 FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne av 13. desember 2006

### **Rettspraksis**

## **Praksis fra norske domstoler**

Rt. 1908 s. 790

Rt. 2000 s. 646 (Sandsdalen)

Rt. 2000 s. 1811 (Finanger I)

LB-2017-11322

## **Praksis fra EU-domstolen**

Sak 155/73 Sacchi. ECLI:EU:C:1974:40

Forente saker 115/81 og 116/81 Rezguia Adoui mot Belgia og byen Liege, og Dominique Cornuaille mot Belgia. ECLI:EU:C:1982:183

Sak 352/85 Bond van Averteerders mfl. mot Nederland. ECLI:EU:C:1988:196

Sak C-159/90 The Society for the Protection of Unborn Children Ireland ltd.  
ECLI:EU:C:1991:378

Forente saker C-267/91 og C-268/91 Bernard Keck og Daniel Mithouard.  
ECLI:EU:C:1993:905

Sak C-93/92 CMC Motorradcenter GmbH og Pelin Baskiciogullari. ECLI:EU:C:1993:838

Sak C-384/93 Alpine Investments. ECLI:EU:C:1995:126

Sak C-120/95 Nicolas Decker mot Caisse de maladie des employés privés.  
ECLI:EU:C:1998:167

Sak C-158/96. Raymond Kohll mot Union des caisses de maladie. ECLI:EU:C:1998:171

Forente saker C-369/96 og C-376/96 Jean-Claude Arblade, Arblade & Fils SARL, Bernard Leloup, Serge Leloup, Sofrage SARL'. ECLI:EU:C:1999:575

Sak C-190/98 Volker Graf mot Filzmoser Maschinenbau GmbH. ECLI:EU:C:2000:49

Sak C-157/99 B.S.M. Smits, gift Geraets mot Stichting Ziekenfonds VGZ, og H.T.M. Peerbooms mot Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. ECLI:EU:C:2001:404

Sak C-268/99 Aldona Malgorzata Jany mfl. mot Staatssecretaris van Justitie. ECLI:EU:C:2001:616

Sak C-385/99 V.G. Müller-Fauré mot Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, og E.E.M. van Riet mot Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen. ECLI:EU:C:2003:270

Sak C-243/01 Piergiorgio Gambelli mfl. ECLI:EU:C:2003:597

Sak C-322/01 Deutscher Apothekerverband eV mot 0800 DocMorris NV, Jacques Waterval. ECLI:EU:C:2003:664

Sak C-36/02 Omega Spielhallen- und Automatenaufstellungs-GmbH mot Oberbürgermeisterin der Bundesstadt Bonn. ECLI:EU:C:2004:614

Sak C-372/04 Yvonne Watts mot Bedford Primary Care Trust. ECLI:EU:C:2006:325

Sak C-518/06 Kommisjonen mot Italia. ECLI:EU:C:2009:270

Forente saker C-316/07, C-358/07, C-360/07, C-409/07 og C-410/07 Markus Stoß, Avalon Service-Online-Dienste GmbH, Olaf Amadeus Wilhelm Happel mot Wetteraukreis og Kulpa Automaten-service Asperg GmbH, og SOBO Sport & Entertainment GmbH, Andreas Kunert mot Land Baden-Württemberg. ECLI:EU:C:2010:504

Sak C-141/07 Kommisjonen mot Tyskland. ECLI:EU:C:2008:492

Sak C-153/08 Kommisjonen mot Spania. ECLI:EU:C:2009:618

Sak C-211/08 Kommisjonen mot Spania. ECLI:EU:C:2010:340

Sak C-565/08 Kommisjonen mot Italia. ECLI:EU:C:2011:188



Sak C-137/09 Marc Michel Josemans mot Burgemeester van Maastricht. ECLI:EU:C:2010:774

Sak C-176/11 HIT hoteli, igralnice, turizem dd Nova Gorica, HIT LARIX, prirejanje posebnih iger na srečo in turizem dd mot Bundesminister für Finanzen. ECLI:EU:C:2012:454

Sak C-379/11 Caves Krier Frères Sàrl mot Directeur de l'Administration de l'emploi.  
ECLI:EU:C:2012:798

Sak C-148/15 Deutsche Parkinson Vereinigung mot Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs eV. ECLI:EU:C:2016:776

Sak C-3/17 Sporting Odds Ltd mot Nemzeti Adó- és Vámhivatal Központi Irányítása.  
ECLI:EU:C:2018:130

### **Generaladvokatens forslag til avgjørelse**

Sak C-254/11 Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Rendőrkapitányság Záhony Határrendészeti Kirendeltsége mot Oskar Shomodi. ECLI:EU:C:2013:182

Sak C-289/15 Jozef Grundza og prosessdeltaker Krajská prokurátúra Prešov.  
ECLI:EU:C:2016:622

### **Praksis fra EFTA-domstolen**

Sak E-4/04 Pedicel AS mot Sosial- og helsedirektoratet

Sak E-1/06 ESA mot Norge (spilleautomatmonopolet)

Sak E-2/06 ESA mot Norge (hjemfallsaken)

Sak E-1/07 Straffesak mot A

Forente saker E-11/07 og E-1/08 Rindal og Slinning

### **Praksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstol**

Pretty v. United Kingdom, The European Court of Human Rights, Strasbourg, 29.04.2002

## **Praksis fra britiske domstoler**

R, v. Human Fertilisation and Embryology Authority, ex parte Blood [1997] 2 All ER. 687

## **Norske lovforarbeider**

Dokument nr. 8:2 S (2016–2017). Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens.

Dokument nr. 15:282 (2016–2017) Skriftlig spørsmål fra Tone Merete Sønsterud (A) til justis- og beredskapsministeren.

Innst. O. nr. 72 (2004–2005). Innstilling fra justiskomiteen om lov om straff.

Innst. O. nr. 3 (2008–2009). Innstilling fra justiskomiteen om lov om endringer i straffeloven 1902 og straffeprosessloven (kriminalisering av kjøp av seksuelle omgang eller handling mv.).

Innst. 99 S (2014–2015). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 153/2014 av 9. juli 2014 om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene.

NOU 2017: 16. På liv og død – palliasjon til syke og døende.

Ot.prp. nr. 12 (1998–1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) Om lov om straff (straffeloven)

Ot.prp. nr. 48 (2007–2008) Om lov om endringer i straffeloven 1902 og straffeprosessloven (kriminalisering av kjøp av seksuell omgang eller handling mv.)

Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) Om lov om endringer i straffeloven 20. mai 2005 nr. 28 (siste delproposisjon – slutføring av spesiell del og tilpasning av annen lovgivning)

Prop. 68 L (2015–2016) Endringer i straffeprosessloven mv. (skjulte tvangsmidler)

## **Øvrige offentlige dokumenter**

### **Norske dokumenter**

Helfo. Årsrapport 2017. (2018) [sitert fra 19.05.2018]

Helsedirektoratet. (2015). Rundskriv IS-2015-10. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming – Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester, 01.07.2015 [sitert fra 19.04.2018]

### **Offentlige dokumenter fra EU-kommisjonen**

EU-kommisjonen. Member State Data on cross-border healthcare following directive 2011/24/EU Year 2015. (2016) [sitert fra 20.05.2018]

### **Danske dokumenter**

Holmskov, Henriette og Anne Skov: Seksualitet på dagsordenen – en håndbog om professionel støtte til voksne med funksjonsnedsettelse. Socialstyrelsen, 2012.

## **Øvrig litteratur**

### **Bøker**

Andenæs, Johs. *Alminnelige strafferett*, 5. utgave ved Magnus Matningsdal og Georg Fredrik Rieber-Mohn. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.

Arnesen, Finn, Halvard Haukeland Fredriksen, Hans Petter Graver, Ola Mestad mfl. (red.). *Agreement on the European Economic Area: A Commentary*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2018.

Arnesen, Finn og Are Stenvik. *Internasjonalisering og juridisk metode: Særlig om EØS-rettens betydning i norsk rett*, 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2015.

Barnard, Catherine. *The Substantive Law of the EU*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

Baudenbacher, Carl (red.): *The Handbook of EEA Law*. Springer International Publishing Switzerland 2016

Befring, Anne Kjersti, Morten Kjelland, Aslak Syse (red.): *Sentrale helserettslige emner*. Gyldendal, Oslo: Gyldendal, 2016.

Dworkin, Gerald, R.G. Frey og Sissela Bok. *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Eskeland, Ståle. *Strafferett*, 4. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2015.

Fredriksen, Halvard Haukeland og Gjermund Mathisen. *EØS-rett*, 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget, 2018.

Hervey, Tamara K. og Jean V. McHale. *European Union Health Law*. Cambridge: Cambridge University Press, 2015.

Jones, David Albert, Chris Gastmans, Calum Mackellar. *Cambridge Bioethics and Law: Euthanasia and Assisted Suicide*. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.

Kvalvik, Arne Schrøder, (2015). *Min fetter Ola og meg: livet og døden og alt det i mellom*. Oslo: Kagge, 2015.

Levaggi, Rosella og Marcello Montefiori (red.). *Health care provision and patient mobility: Health Integration in the European Union*. Springer-Verlag Italia, 2014.

Neergaard, Ulla og Ruth Nielsen. EU-ret. *Fri bevægelighed*, 2. utgave. København: Karnov Group Denmark A/S, 2016.

Rosenmöller, Magdalene, Martin McKee, Rita Baeten (red.). *Patient Mobility in the European Union: Learning from Experience*. World Health Organization, 2006.

Ruud, Morten og Geir Ulfstein. *Innføring i folkerett*, 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.

Sejersted, Fredrik, Finn Arnesen, Ole-Andreas Rognstad mfl. *EØS-rett*, 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.

Syse, Aslak. *Pasient- og brukerrettighetsloven*, 4. reviderte utgave. Oslo: Gyldendal, 2015.

Syse, Aslak. *Rettsikkerhet og livskvalitet for utviklingshemmete*. Oslo: Notam Gyldendal, 1995.

## Artikler

Christiansen, Hanne. (2017). «Tolv ganger flere private helseforsikringer på ti år», Aftenposten, 20.07.2017.

Lerner, Barron H. og Caplan, Arthur L.: Euthanasia in Belgium and The Netherland: On a Slippery Slope? *JAMA Intern Med*. 2015;175(10):1640-1641.

(<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2426425>)

Stigen, Jo. «Lokalisering av straffbare handlinger», *Tidsskrift for strafferett* nr. 2 2011 s. 141–190.

## Nettsider

Det Norske Akademis ordbok, *Helseturisme*. (ingen angitt dato),  
<https://www.naob.no/ordbok/helseturisme> [sitert fra 19.05.2018]

Dignitas. *Countries with End-of-life help*. (2018),  
[http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54&lang=en](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=54&lang=en)  
[sitert fra 06.04.2018]

Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser. *Hva er seksualitet?* (2014), <http://www.frambu.no/WebFolder5.aspx?Nodeld=94F56EF6-0186-41A8-8DF7-A17832A33DD7> [sitert fra 19.04.2018]

Fremskrittspartiet. *Prinsipp- og handlingsprogram for perioden 2017-2021.* (2017), <http://flippage.impleoweb.no/frp/b8188708c47948288727ef8f91683698/FRP-Program-2017-2021.pdf> [sitert fra 29.05.2018]

Grue, Lars Petter. *Motstand og mestring. Om funksjonshemmede og livsvilkår.* NOVA-rapport 1/01, (2001), <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2001/Motstand-og-mestring.-Om-funksjonshemning-og-livsvilkaar> [sitert fra 20.04.2018]

Habilitering.no. *Voksenhabilitering.* [http://www.habilitering.no/?page\\_id=78](http://www.habilitering.no/?page_id=78) [sitert fra 20.04.2018]

Helsedirektoratet. «*Seksuell helse*». (2018), <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#kunnskapsgrunnlag> [sitert fra 19.04.2018]

Helsedirektoratet. *Statistikk behandling utland.* (2017), <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-behandling-utland> [sitert fra 19.05.2018]

Helsekompetanse.no *Seksualitet og utviklingshemning.* (Ingen angitt dato), <http://kurs.helsekompetanse.no/fritidkultur/16899> [sitert fra 20.04.2018]

Kofod, Jens Erik, Theresa Dyrvig, Kristoffer Markwardt mfl. *Prostitution i Danmark.* SFI – Det Nationale Forskningcenter for Velfærd. (2011), <https://www.sfi.dk/publikationer/prostitution-i-danmark-4354/> [sitert fra 20.04.2018]

Mæland, Kjetil. *Han sender 2000 nordmenn til tannbehandling i utlandet hvert år.* (2015), <https://www.nettavisen.no/nyheter/han-sender-2000-nordmenn-til-tannbehandling-i-utlandet-hver-ar/8556659.html> [sitert fra 20.05.2018]

NAV. *Seksualtekniske hjelpemidler*. (2015), <https://www.nav.no/Person/Hjelpemidler/Hvor+trenger+du+hjelp/Dagligliv+og+fritid/seksualtekniske-hjelpemidler> [sitert fra 19.04.2018].

Nielsen, Thomas. *Københavnsk forbud har ikke betydet mindre købesex til handicappede*. Information.dk (2012), <https://www.information.dk/indland/2012/01/koebenhavnsk-forbud-betydet-mindre-koebesex-handicappede> [sitert fra 20.04.2018]

NRK. *Natta, Norge*. [Videoklipp] (2015, først sendt 14.12.2015), <https://tv.nrk.no/serie/natta-norge/MUHH44000615/sesong-1/episode-6#t=10m17s>

NRK Brennpunkt. «Den siste reisen». [Videoklipp] (2015, først sendt 03.03.2015), <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt/MDDP11000315/03-03-2015>

Pedersen, Tone. *Sex for helsa*. (2009), <https://www.helsenett.no/194-sykdommer/seksualitet/seksualitet/7038-sex-for-helsa.html> [sitert fra 18.05.2018]

Phillipsen, Anne og Stine Mie Kristiansen. *Personale på bosteder hjelper handicappede med købesex*. Danmark Radio (DR) (2016), <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/syd/personale-paa-bosteder-hjaelper-handicappede-med-koebesex> [sitert fra 20.04.2018]

Porter, Lizzie. *Where is it legal to buy sex in Europe?* The Telegraph, (2016), <https://www.telegraph.co.uk/news/2016/04/12/where-is-it-legal-to-buy-sex/> [sitert fra 20.04.2018]

Regjeringen.no. *Sexkjøpsloven virker*. (2014), <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Sexkjopsloven-er-evaluert/id765653/> [sitert fra 21.04.2018]

Socialpædagogen. *Prostitution – hjelper ikke handicappede til prostituerede*. Socialpædagogen nr. 3 (2007), <https://socialpaedagogen.sl.dk/arkiv/2007/prostitution-hjaelper-ikke-handicappede-til-prostituerede/> [sitert fra 20.04.2018]

Statistisk sentralbyrå. *Allmennlegetjenesten*. (2017) <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar> [sitert fra 26.05.2018]

Statistisk sentralbyrå. *Spesialisthelsetjenesten*. (2018),  
<https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse> [sitert fra 26.05.2018]

Storvik, Anne Grete. *Behov for sexhjelp for funksjonshemmede*. VG, (2008),  
<https://www.vg.no/forbruker/helse/i/j6nve/behov-for-sexhjelp-for-funksjonshemmede>  
[sitert fra 20.04.2018]

Svarstad, Jørgen. *Ola (46) fikk hjelp til å dø 17. mai på en klinikk i Sveits*. (2014),  
<https://www.aftenposten.no/norge/i/yvoOe/Ola-46-fikk-hjelp-til-a-do-17-mai-pa-en-klinikk-i-Sveits> [sitert fra 7. april 2018].

Venosa, Ali: *Suicide Tourism: Traveling For The Right To Die, And The Ethical And Legal Dilemmas That Come With It*. (2016), <https://www.medicaldaily.com/assisted-suicide-tourism-right-die-387577> [sitert fra 16.05.2018]







Stortingets utredningsseksjon yter faglig bistand til representanter, partigrupper og komiteer i Stortinget basert på spørsmål fra den enkelte oppdragsgiver.

Seksjonen publiserer også egeninitierte notater som gjøres allment tilgjengelig. Enkelte av notatene er utarbeidet av eksterne fagpersoner og forskningsmiljøer på oppdrag fra Stortingets utredningsseksjon.

#### Siste utgivelser:

- 02/18 *Internasjonal investeringsrett. En innføring i rettssystemet og en analyse av voldgiftspraksis fra 2016*
- 01/18 *Mistillitsforslag, kabinettspørsmål og kritikkforslag – en oversikt*
- 03/17 *Om Norges tilknytning til EUs finansbyråer*
- 02/17 *Fengselsstraff på livstid*
- 01/17 *Norske myndigheters fullbyrdelse av en europeisk arrestordre*
- 02/16 *Gjemt, men ikke glemt: Avveining mellom personvern og informasjonsfrihet ved avindeksering av lovlig publiserte personopplysninger*
- 01/16 *Regjeringskonferansene: utenfor Stortingets rekkevidde?*
- 03/15 *Innføring av nye, kostbare legemidler og metoder – systemer i utvalgte land*
- 02/15 *Støtteordninger og skattefordeler for barnefamilier – dagens regelverk og historisk utvikling*
- 01/15 *Om den EØS-rettslige adgangen til å kjøpekraftsjustere trygdeytelser*
- 02/14 *Konsesjonssystemet for markedsplasser for finansielle instrumenter*
- 01/14 *Mistillitsforslag, kabinettspørsmål og kritikkforslag – en oversikt*
- 06/13 *Om stortingsforlik*
- 05/13 *Dokumentinnsyn hos EU-kommisjonen og EFTAs overvåkningsorgan*
- 04/13 *Statistikk om Stortinget*
- 03/13 *Endringer i Stortingets forretningsorden 1945–2013*
- 02/13 *Stemmerettsjubileet 2013: Kampen for kvinners stemmerett*
- 01/13 *Lokale tilknytningskrav og EØS-avtalens regler om de fire friheter*
- 04/12 *Uavhengige finanspolitiske råd i andre land – relevans for Norge?*
- 03/12 *Bruker Norge mye eller lite til helseformål sammenlignet med andre land?*
- 02/12 *EØS-avtalens statsstøtteregler – muligheten til å benytte skatte- og avgiftsregler som miljøpolitisk virkemiddel*
- 01/12 *Bevissspørsmål ved EU-domstolens prøving av proporsjonalitetsprinsippet*
- 04/11 *Kravet om et grenseoverskridende element*
- 03/11 *Økonomiske og administrative lovgivningshensyn i EØS-retten – nasjonale myndigheters handlefrihet på det indre marked*
- 02/11 *Norges nordlige og arktiske ressurser*
- 01/11 *Anna Rogstad – første kvinne på Stortinget i 1911*
- 03/10 *Grunnloven § 93 og unntaket for "lite inngripende" myndighetsoverføring*
- 02/10 *Mistillitsforslag og kabinettspørsmål – en oversikt*
- 01/10 *Norske bruksreguleringer og EØS-retten: hindrer EØS-avtalen det norske forbudet mot bruk av vannscooter?*

<http://www.stortinget.no/Stortingets-utredningsseksjon/Perspektiv>

ISBN XXX 978-82-8196-144-9  
ISSN 1890-2537

