

ANNE KJERSTI BEFRING (red.)

MARION HIRST (red.)

BENTE OHNSTAD

KARI PAULSRUD

Helserett

i et nøtteskall



GYLDENDAL

HELSE RETT

I ET NØTTESKALL

ANNE KJERSTI BEFRING (RED.)

MARION HIRST (RED.)

BENTE OHNSTAD

KARI PAULSRUD

HELSERETT

I ET NØTTESKALL



GYLDENDAL

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2019

1. utgave, 1. opplag 2019

ISBN 978-82-05-50871-2

Omslagsdesign: Kristin Berg Johnsen

Sats: Bøk Oslo AS

Brødtekst: Minion Pro 10/14,5 pt.

Alle henvendelser om boken kan rettes til

Gyldendal Juridisk

Postboks 6730 St. Olavs plass

0130 Oslo

www.gyldendal.no/juridisk

juridisk@gyldendal.no

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Alle Gyldendals bøker er produsert i miljøsertifiserte trykkerier.

Se www.gyldendal.no/miljo

Innhold

KAPITTEL 1 INNLEDNING	13
------------------------------------	-----------

Marion Hirst

1.1 Om helserett som fagdisiplin og bokas systematikk.....	13
1.2 Historikk	14
1.3 Sentrale reformer i helsetjenesten	17
1.3.1 Helselovreformen	17
1.3.2 Fastlegereformen	18
1.3.3 Helseforetaksreformen	19
1.3.4 Samhandlingsreformen	20
1.3.5 Tidligere reformer	22
1.4 Helsetjenestens organisering.....	23
1.5 Grunnprinsipper	25
1.6 Sentrale begreper	26
1.7 Kort oversikt over lover og andre rettskilder i helseretten ...	29

KAPITTEL 2 GRUNNLEGGENDE VERDIER OG PERSPEKTIVER PÅ HELSERETTEN	32
--	-----------

Anne Kjersti Befring

2.1 Internasjonaliseringen av helseretten	32
2.1.1 Helserettens rettskilder er ikke bare nasjonale.....	32
2.1.2 Menneskerettsloven	33
2.2 Menneskerettigheter: retten til helsehjelp og beskyttelse av privatlivet	34
2.3 Biomedisinkonvensjonen (Oviedo-konvensjonen)	35
2.3.1 Vedtagelsen av Oviedo-konvensjonen	35
2.3.2 Tilleggsprotokoller av stor betydning	35

6 INNHOLD

2.3.3	Ikke eget håndhevelsesorgan, men kan benyttes av EMD	36
2.4	EU/EØS-helserett	36
2.4.1	Helse skulle være et nasjonalt anliggende.....	36
2.4.2	Databeskyttelsesreform og GDPR	38
2.5	Likeverd, likhetsnormer og forbudet mot diskriminering	39
2.5.1	Nye rettskilder og institusjonelle ordninger gir nye rettslige tilnærminger	39
2.5.2	Likhetsnormer kan få økt betydning	40
2.5.3	Forbudet mot diskriminering	41
2.5.4	Likhetsnormer, rettigheter og fordelingsperspektiver	43
2.6	Autonomiprinsippet	44
2.6.1	Autonomi: legalitetsprinsippet, samtykkeordninger og avtalefriheten	44
2.6.2	Autonomi og integritetsvern	45
2.6.3	Autonomi og tilgangen til helsehjelp	46
2.6.4	Ny teknologi: behov for nye perspektiver på autonomi og samtykke?	47
2.7	Mennesket, helseopplysninger og biologisk materiale som et middel?	47
2.7.1	Nye muligheter til å benytte materiale	47
2.7.2	Menneskets verdi og mennesket som middel.....	48
2.8	Målet om en tilgjengelig helsetjeneste med tilstrekkelig kvalitet	49
2.8.1	Overordnede mål og verdier	49
2.8.2	Tilbudet om helsehjelp med nødvendig kvalitet: forsvarlig og nødvendig	50
2.9	System og individ: rettslig ansvar	51
2.9.1	Rettslig ansvar på flere nivåer	51
2.9.2	Ledelsesansvar	52
2.9.3	Tilretteleggingsplikten	54
2.9.4	Endringer i rettslige ansvarsforhold med ny teknologi?	55

KAPITTEL 3 HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN .. 57

Marion Hirst

3.1	Oversikt, formål og virkeområde	57
3.1.1	Økt ansvar for kommunene og færre kommuner	57
3.1.2	Sammenslåing av helse- og sosiale tjenester (omsorg)	58
3.1.3	Lovens formål og virkeområde	59

3.2	Om kommunenes «sørge for»-ansvar og om hvem som har rettigheter etter loven.....	60
3.2.1	Plikter overfor personer som «oppholder seg» i kommunen.....	60
3.2.2	«Sørge for»-ansvaret og nødvendige tjenester	61
3.2.3	Minstestandard som prinsipp	62
3.2.4	Forsvarlighet som standard på hva som skal tilbys....	63
3.3	Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.....	64
3.4	Øvrige helse- og omsorgstjenester som kommunene skal yte	67
3.4.1	Oversikt	67
3.4.2	Helsefremmende og forebyggende tjenester og om svangerskaps- og barselomsorgstjenester	68
3.4.3	Rett til avlastningstiltak og andre helse- og omsorgstjenester	69
3.4.4	Plikt til å tilby sykehjemsplass og rett til opphold.....	71
3.4.5	Omsorgslønn, bolig til vanskeligstilte og brukerstyrt personlig assistanse mm.....	72

KAPITTEL 4 HELSEFORETAKSLOVEN OG SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN

75

Anne Kjersti Befring

4.1	Sykehusene som helseforetak og helseforetaksloven.....	75
4.1.1	Organisering av sykehusene som helseforetak.....	75
4.1.2	Formål og evaluering.....	77
4.1.3	Annen lovgivning som gjelder for helseforetakene ...	78
4.1.4	Helseforetakene som offentlige organer og offentleglova	79
4.1.5	Styringslinjen og system	80
4.2	Om spesialisthelsetjenesteloven	81
4.2.1	Oversikt	81
4.2.2	«Sørge for»-ansvaret i spesialisthelsetjenesten	84
4.3	Overføring av pasienter fra sykehus til kommuner.....	87

KAPITTEL 5 KOORDINERING, INDIVIDUELL PLAN OG REHABILITERING MV.

89

Anne Kjersti Befring og Marion Hirst

5.1	Koordinering og koordinerende enheter	89
5.2	Rehabilitering og habilitering.....	93
5.3	Individuell plan.....	97

KAPITTEL 6 PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN 99

Bente Ohnstad

6.1	Ulike typer av rettigheter.....	99
6.2	Retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester	101
6.2.1	Lovfesting av retten til nødvendige tjenester fra kommunen	101
6.2.2	Retten til nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten	103
6.3	Samtykke.....	106
6.3.1	Hovedregelen om samtykke	106
6.3.2	Vurdering av samtykkekompetanse	107
6.3.3	Beslutninger om helsehjelp når pasienten ikke har samtykkekompetanse.....	108
6.4	Om retten til å få og plikten til å gi informasjon og om innsyn i pasientjournal.....	109
6.4.1	Retten og plikten til informasjon	109
6.4.2	Innsyn i pasientjournal	112
6.5	Medvirkning	114
6.6	Om nærmeste pårørendes rettslige funksjon.....	115
6.7	Særskilt om barn	116

KAPITTEL 7 HELSEPERSONELLOVEN..... 120

Bente Ohnstad

7.1	Helsepersonellovens formål og virkeområde	120
7.2	Plikten til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.....	122
7.3	Plikten og retten til øyeblikkelig hjelp og retten til å motsette seg slik hjelp	127
7.3.1	Retten til øyeblikkelig hjelp og plikten til å yte slik hjelp	127
7.3.2	Retten til å motsette seg øyeblikkelig hjelp	129
7.4	Pliktmessig avhold og gaveforbud.....	131
7.5	Dokumentasjonsplikten	135
7.5.1	Innholdet i plikten til dokumentasjon	135
7.5.2	Koordinering av pasientjournalen	138
7.5.3	Retting og sletting av journalopplysninger	140
7.5.4	Utlevering av journal til annet helsepersonell.....	141
7.6	Taushetsplikt og opplysningsplikt	142
7.6.1	Innholdet i taushetsplikten	142
7.6.2	Unntak fra taushetsplikten	149
7.6.3	Opplysningsplikter	153
7.7	Om forbudet mot å «snoke» i journal.....	154

KAPITTEL 8 HELSEHJELP VED BRUK AV TVANG 157

Kari Paulsrud

8.1	Ulike regler om tvang.....	157
8.2	Hensyn: frivillighet og tvang.....	159
8.3	Tvang etter psykisk helsevernloven	160
8.3.1	Lovens formål og virkeområde	160
8.3.2	Helsehjelp for psykiske lidelser	162
8.3.3	Bruk av tvang, vilkår og prosess	163
8.3.4	Gjennomføring av psykisk helsevern	168
8.3.5	Saksbehandlingen, pasienters og pårørendes rettigheter.....	172
8.3.6	Kontrollkommisjonen.....	173
8.3.7	Fylkesmannen og domstolskontroll	174
8.4	Tvang overfor rusmiddelavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven	175
8.4.1	Tvang i kommunehelsetjenesten	175
8.4.2	Formål og virkeområde	177
8.4.3	Innholdet i helsehjelpen	177
8.4.4	Tvang overfor gravide rusmiddelavhengige.....	179
8.4.5	Saksbehandling.....	179
8.4.6	Kontroll og overprøving	181
8.5	Tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven	181
8.5.1	Tvang med mål om somatisk helsehjelp.....	181
8.5.2	Innholdet i helsehjelpen	183
8.5.3	Saksbehandling, pasienters og pårørendes rettigheter	184
8.5.4	Kontroll og overprøving	185

KAPITTEL 9 SMITTEVERN..... 187

Anne Kjersti Befring

9.1	Generelt om smittevernloven	187
9.1.1	Formål og virkeområde	187
9.1.2	Lovens skille mellom smittsomme og allmennfarlige smittsomme sykdommer	189
9.1.3	Internasjonale menneskerettighetskonvensjoner av betydning.....	190
9.2	Informasjon og taushetsplikt.....	190
9.2.1	Plikten til å informere den smittede om sykdommen og gi veiledning	190
9.2.2	Taushetsplikt og meldeplikt	191
9.3	Forhåndsundersøkelse og smitteoppsporing	192

10 INNHOLD

9.3.1	Krav om forhåndsundersøkelser.....	192
9.3.2	Smitteoppsporing.....	193
9.4	Tvang i forbindelse med smittevern.....	195
9.5	Rett til smittevernhelp, også for personer som ikke er bosatt i Norge.....	197
9.6	Utøvelse av myndighet etter loven.....	200

KAPITTEL 10 FOLKEHELSELOVEN 202

Anne Kjersti Befring og Marion Hirst

10.1	Folkehelseslovens formål og virkeområde	202
10.2	Kommunenes ansvar	204
10.3	Fylkesmannens og helsemyndighetenes ansvar.....	206

KAPITTEL 11 BIOBANKER, BIOTEKNOLOGI, ABORT OG STERILISERING 209

Anne Kjersti Befring

11.1	Behandlingsbiobankloven	209
11.2	Bioteknologiloven	212
11.2.1	Om loven og andre reguleringer	212
11.2.2	Genetiske analyser	215
11.2.3	Forbudet mot å bruke genetiske opplysninger utenfor helsetjenesten	217
11.2.4	Genterapi.....	218
11.3	Abortloven.....	219
11.4	Steriliseringsloven.....	223

KAPITTEL 12 TRANSPLANTASJONER, OBDUKSJONER OG HELSEFORSKNING 226

Anne Kjersti Befring

12.1	Transplantasjonslova	226
12.2	Obduksjonslova.....	231
12.3	Helseforskningsloven	232
12.3.1	Formål og virkeområde	232
12.3.2	Internasjonale konvensjoner.....	233
12.3.3	Forhåndsgodkjenning av REK og andre myndighetsorganer	234
12.3.4	Forsvarlig helseforskning	234
12.3.5	Samtykke og bredt samtykke	235
12.4	Legemiddelloven og lov om medisinsk utstyr	239

**KAPITTEL 13 MELDE- OG INFORMASJONSPLIKT,
KLAGE, TILSYN OG KONTROLL MED
HELSETJENESTEN..... 241**

Anne Kjersti Befring og Marion Hirst

13.1 Helsepersonells melde- og informasjonsplikt til helsetilsynet	241
13.2 Undersøkelseskommisjonen for helse- og omsorgstjenesten	244
13.2.1 Formålet med undersøkelseskommisjonen for helse- og omsorgstjenesten.....	244
13.2.2 Helsevirksomheters meldeplikt til Undersøkelseskommisjonen.....	245
13.2.3 Fremgangsmåten ved meldinger til Undersøkelseskommisjonen.....	245
13.2.4 Forbudet mot å anvende opplysninger kommisjonen mottar	246
13.2.5 Utarbeidelse av rapport	246
13.3 Meldeplikt til Helsedirektoratet.....	247
13.4 Internkontroll	248
13.5 Klageregler etter pasient- og brukerrettighetsloven	250
13.5.1 Klageretten.....	250
13.5.2 Frister.....	251
13.5.3 Anmodningsretten.....	252
13.6 Tilsynsmyndighetene og Helsepersonellnemnda.....	253
13.6.1 Tilsynssystemet og Statens helsepersonellnemnd	253
13.6.2 Tilsynssaker og arbeidsgiveransvaret.....	255
13.6.3 Systemoppfølging og foretaksstraff.....	256
13.7 Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning og om advarsel.	258
13.7.1 Egnethet som vilkår for autorisasjon og tilbakekall...	258
13.7.2 Særskilt om autorisasjon og utdanning fra andre land	262
13.7.3 Suspensjon og begrensning av autorisasjon.....	266
13.7.4 Advarsel	269
13.7.5 Straffbare handlinger eller unnlatelser	271
13.8 Vurderinger av faktiske forhold og bevis.....	273
13.8.1 Vurderinger av fakta	273
13.8.2 Tidspunktet for vurderinger av egnethet	275
13.9 Domstolsprøving av forvaltningsvedtak.....	276

KAPITTEL 14 ANDRE KLAGESYSTEMER 278

Anne Kjersti Befring og Marion Hirst

14.1 Pasient- og brukerombudsordningen	278
14.2 Krav om erstatning etter pasientskadeordningen	279

12 INNHOLD

REFERANSER	285
LOVREGISTER	303
DOMSREGISTER	312
STIKKORDREGISTER	313

Innledning

Marion Hirst

1.1 Om helserett som fagdisiplin og bokas systematikk

Helserett er et rettsområde som behandler spørsmål i helse- og omsorgstjenesten i vid forstand. Helserett er, på grunn av samfunns- og kunnskapsutviklingen, en rettsdisiplin i stadig utvikling og med stor lovgivningsaktivitet, både nasjonalt og internasjonalt. Helse- og omsorgstjenesten blir i stadig større grad rettsliggjort, noe som har sammenheng med at den forvalter viktige samfunns-goder for befolkningen. Helserett regulerer på ulike vis menneskers liv fra fødsel til død, og helselovgivningen retter seg primært mot helsepersonell, pasienter/brukere og virksomheter som yter helsetjenester. Det overordnede målet med helse- og omsorgstjenesten er å gi hele befolkningen, uavhengig av bosted, alder og kjønn, lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.¹

Formålet med denne boka er å gi en oversikt over og en innføring i de ulike lovene på helserettens område, og de ulike lovene presen-

1 På grunn av endringer de siste årene omfatter helserettsdisiplinen nå både helserett og omsorgsrett, se Befring (2017) kap. 1.

teres i utgangspunktet hver for seg. Rettigheter for pasienter og brukere må imidlertid ses i sammenheng med plikter for virksomhetene som eier og driver helse- og omsorgstjenestene og plikter for helsepersonell. For eksempel korresponderer plikten til å gi informasjon i helsepersonelloven (hpl.) § 10 med rettigheter til informasjon i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) §§ 3-2 flg.² Flere temaer vil følgelig bli behandlet fra ulike perspektiver. Dette fører til at enkelte rettigheter for pasienter og brukere behandles i tilknytning til den lovbestemte plikten til å tilby tjenesten, eller i forbindelse med andre pliktbestemmelser for helsepersonell. Noen temaer behandles etter hvordan oppgaver i helsetjenesten er regulert, se for eksempel kap. 5 om rehabilitering og kap. 11 om bioteknologi.

Det er ikke vår intensjon å gi en detaljert fremstilling av reglene, og der det er naturlig, vil vi derfor henvise til annen litteratur for videre fordypning.

1.2 Historikk

Helserett som fag er av forholdsvis ny dato, men det er flere lover som regulerer ulike helserettslige problemstillinger som går helt tilbake til midten av 1800-tallet. Sindsygeloven fra 1848 var den første helserettsloven, og sunnhetsloven kom noen år senere. Sindsygeloven ble erstattet av psykiatriloven av 1961 og fra 2001 av psykisk helsevernloven (phvl.).³ Smittevernloven (smvl.) avløste sunnhetsloven fra 1860 og åtte andre særlover som regulerte smittevernet, herunder blant annet tuberkuloseloven og kjønnssykeloven.⁴ Smittevernloven trådte i kraft 1. januar 1995.

2 Helsepersonelloven 2. juli 1999 nr. 64. Pasient- og brukerrettighetsloven 2. juli 1999 nr. 63.

3 Psykisk helsevernloven 2. juli 1999 nr. 62.

4 Smittevernloven 5. august 1994 nr. 55.

Den første helseprofesjonsloven var jordmorloven fra 1898, omtalt som «den første moderne helsepersonelloven i Norge». Det var først i 1927 den første legeloven (og tannlegeloven) ble vedtatt. Legeloven fra 1927 var så modell for legeloven av 1980. Utover på 1900-tallet var det flere yrkesgrupper som fikk offentlig godkjenning med egen lov eller profesjonsforskrift.⁵ Dette innebar at leger, tannleger, psykologer, fysioterapeuter, jordmødre, sykepleiere og ortopedingeniører hadde sine egne lover. I medhold av en fullmaktslov⁶ var det videre gitt forskrifter om godkjenning av ergoterapeuter, hjelpepleiere, vernepleiere, radiografer, optikere, kiropraktorer, fotterapeuter, tannpleiere og bioingeniører.

Før helsepersonelloven av 1999 ble vedtatt, var det altså flere lover og forskrifter som omhandlet helsepersonell, og disse lovene og forskriftene hadde særskilte reguleringer for ulike grupper i helsesektoren. Ny og felles helsepersonellov tok sikte på å samle reguleringer av helsepersonell i en felles lov for på den måten bedre å ivareta krav til kvalitet og pasienters sikkerhet i helsetjenesten.⁷

Noe av bakgrunnen for ny lov var også ønsket om å motvirke uakseptable profesjonskamper mellom ulike grupper helsepersonell. Tanken var videre at regelverket på denne måten skulle gjøres mer tilgjengelig, og dermed bidra til at helsepersonell fikk bedre innsikt i og oversikt over lovens bestemmelser, og dermed også bedre muligheter for etterlevelse av lovens krav. Allerede i St.meld. nr. 41 (1987–88) ble fordelene med en felles helsepersonellov diskutert:

«Vi finner i dag sterke profesjonsinteresser i ulike deler av helsevesenet. Dette kan ofte være til hinder for rasjonell bruk

5 Befring (2017) kap. 1.

6 Lov om godkjenning mv. av helsepersonell 14. juni 1974 nr. 47.

7 I forbindelse med vedtagelse av helsepersonelloven ble flere profesjoner omfattet av autorisasjonsordningen, jf. hpl. § 48.

av personell. Framover vil det være viktig å føre en åpen diskusjon omkring arbeidsdeling mellom yrkesgruppene der brukernes behov settes foran yrkesfaglig prestisje. Dette vil kunne føre til en bedre utnyttelse av og en større utfordring for det personellet vi har. Prinsippet er en oppmykning av den til dels rigide ansvarsdelingen som gjør det vanskelig både for pasienter og helsearbeidere. [...] Befolkningen har krav på en helsetjeneste som fungerer i forhold til deres behov. Streng fagskiller og omfattende diskusjoner om hvem som ideelt bør gjøre hva virker ikke alltid til pasientenes beste. Lovgivningen stiller delvis de ulike grupper ulikt. Egne profesjonslover støtter også opp under profesjonstenkningen og bygger opp under gruppenes status. For å legge grunnlaget for mer like forhold og større fellesfølelse helsepersonellgruppene imellom, vil departementet utrede spørsmålet om en felles helsepersonellov» (s. 105).

Helsepersonelloven erstattet altså alle profesjonslovene med virkning fra 2001. I forarbeidene til helsepersonelloven vises det til at den viderefører flere av legelovens bestemmelser, slik at forarbeider og praksis til legeloven fortsatt kan ha betydning.

En annen lov som også kort bør nevnes her, er den såkalte kvakksalverloven fra 1936⁸, som fikk redusert virkeområde med helsepersonelloven, da den ikke lenger skulle gjelde for helsepersonell. Loven ble i sin helhet erstattet gjennom lov om alternativ behandling fra 2003.⁹

Formålet med lov om alternativ behandling av sykdom er todelt: dels å gi valgfrihet for befolkningen til å velge alternative metoder og dels å sette begrensninger for alternative utøvere når

8 Kvakksalverloven 19. juni 1936 nr. 9.

9 Alternativ behandlingsloven 27. juni 2003 nr. 64.

det gjelder anvendelse av bestemte behandlingsmetoder, behandling av alvorlig sykdom og markedsføring av egen virksomhet.¹⁰

Sykehusloven av 1969 og kommunehelsetjenesteloven av 1982 la grunnlaget for å stille krav til helsevirksomheter og eiere. Disse lovene er i dag erstattet av spesialisthelsetjenesteloven (shl.) og helse- og omsorgstjenesteloven (hol.).¹¹ I tillegg er det mange andre særlover på helserettens område som behandles i denne boka.

Selvbestemmelsesretten vokste frem i forvaltningspraksis og rettspraksis, blant annet som følge av endringer i Helsinkideklarasjonen i 1974 og med internasjonale menneskerettigheter.¹² På 1980-tallet ble pasientrettigheter tatt inn i lovgivningen, og det ble for første gang vedtatt en lovbestemmelse i kommunehelsetjenesteloven av 1982 som hjemlet en generell rett for pasienter til behandling. Det kan også nevnes at rettigheter til informasjon og innsyn ble tatt inn i legeloven av 1980 og i andre profesjonslover.¹³

1.3 Sentrale reformer i helsetjenesten

1.3.1 Helselovreformen

I løpet av 1980- og 1990-tallet ble behovet for lovendringer utredet gjennom flere NOU-er.¹⁴ Med bakgrunn i disse ble det på slutten av 1990-tallet satt i gang en lovgivningsreform for helsetjenesten i Norge, ofte omtalt som helselovreformen. Reformen innebar ved-

10 Befring (2005). og Ohnstad (2014).

11 Spesialisthelsetjenesteloven 2. juli 1999 nr. 10. Helse- og omsorgstjenesteloven 24. juni 2011 nr. 30.

12 WMA: Helsinkideklarasjonen av 1964 og endringer i 1974.

13 Les mer om historikken i Befring, kap. 1, i Befring, Kjelland og Syse (2016) og i Befring (2017).

14 Norges offentlige utredninger (NOU-er) er utredninger som publiseres av utvalg eller arbeidsgrupper nedsatt av regjeringen eller et departement (Wikipedia).

takelse av fire nye helselover: psykisk helsevernloven, helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.¹⁵ I forarbeidene til helsepersonelloven¹⁶ omtales bakgrunnen for den nye helselovgivningen:

«De nye helselovene er et ledd i regjeringens arbeid for å fremme helse- og velferdspolitikken bygd på respekten for menneskerettighetene, rettferdig fordeling av rettigheter og plikter, likeverd og lik tilgjengelighet av tjenester og en styrket rettsstilling for den som trenger disse tjenestene. Samlet skal de nye helselovene gi et moderne rammeverk for utvikling av et nasjonalt helsetilbud som er rasjonelt drevet, har god kvalitet og står i en tjeneste for enkeltmennesket.»

Alle de fire lovene trådte i kraft 1. januar 2001.

1.3.2 Fastlegereformen

Fastlegeordningen ble vedtatt i 1997 etter at forsøk med fastlegeordning var gjennomført i fire kommuner i årene 1993–96.¹⁷ Fastlegeordningen trådte i kraft 1. juni 2001.

Hensikten med fastlegeordningen var å bedre tilgjengeligheten til lege (fastlege), øke kontinuiteten i behandlingstilbudet og styrke koordineringen av helsehjelpen. Dette skulle samlet sett øke kvaliteten på helsetilbudet til befolkningen og redusere kostnader.

15 Pasientrettighetsloven endret navn til pasient- og brukerrettighetsloven 1. januar 2012.

16 Ot.prp. nr. 13 (1998–99) om lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) s. 15.

17 I Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes.

Fastlegen har ansvaret for alle allmennlegeoppgaver til innbyggerne på sin liste, og befolkningen har rett til å velge fastlege og også til å bytte fastlege inntil to ganger per kalenderår.¹⁸

Alle landets kommuner er ansvarlig for å tilby en fastlegeordning, og alle som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos en fastlege, se pbrl. § 2-1 c. I dag er fastlegeordningen hjemlet i hol. § 3-2 første ledd nr. 4, og nærmere regler om ordningen er gitt i forskrift 29. august 2012 nr. 942 om fastlegeordningen i kommunene. Se nærmere om helse- og omsorgstjenesteloven i bokas kap. 3. Reformen ble innført gjennom endringer av pliktene til kommunene, opprinnelig nedfelt i kommunehelsetjenesteloven, og siden videreført i helse- og omsorgstjenesteloven. I tillegg foreligger det sentrale avtaler mellom staten, KS og Legeforeningen, som den individuelle avtalen med kommunen, og med Helfo om trygderefusjon, baseres på.

1.3.3 Helseforetaksreformen

Fra 1. januar 2002 ble fylkeskommunale og statlige sykehus omgjort til helseforetak under regionale helseforetak, regulert av helseforetaksloven (hfortl.).¹⁹ Denne reformen, også omtalt som helseforetaksreformen, medførte at 100 000 ansatte ble flyttet fra fylkeskommunal til statlig arbeidsgiver. Det er bygget opp en omfattende administrasjon som i dag forvalter store økonomiske verdier.

I lovens forarbeider er formålet med helseforetaksreformen beskrevet som en eierskapsreform, der Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene overtok eierskapet og driftsansvaret for de offentlige sykehusene.²⁰ I lovens forarbei-

18 Fastlegeordningen er som hovedregel basert på næringsdrift, og det inngås avtale med kommunen og med Helfo (Helseøkonomiforvaltningen).

19 Helseforetaksloven 15. juni 2001 nr. 93.

20 Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) s. 2.