

Rettslige utfordringer i helseforetaksmodellen

Av professor Anne Kjersti Befring, juridisk fakultet, Universitet i Oslo.

Det vises til samtale 10. oktober 2025 og ønsket om et notat denne helgen. Det ble særlig bedt om oversikt over rettslige utfordringer.

Dette notatet er utarbeidet på kort tid og er kortfattet. Det kan utdypes på et senere tidspunkt.

1. Utfordringer med å oppfylle sørge-for-ansvaret og virksomhetsansvaret

Styrene og ledelsen har for lite fokus på de lovpåleggene Stortinget har vedtatt. Når sykehustjenester bygges ned skjer dette ofte uten konsekvens – og helhetsvurderinger, slik at det kan komme i konflikt med statens og de regionale helseforetakenes plikter. De pliktene Stortinget har pålagt foretakene – og motsvarende rettigheter for befolkningen – er ikke i tilstrekkelig grad implementert i styringen av foretakene. De ses heller ikke i sammenheng med bevilgninger.

Oppfyllelse av sørge-for-ansvaret som påhviler de regionale helseforetakene forutsetter vurderinger av sykehustilbudet til befolkningen i regionen. Statens ansvar innebærer at dette må vurderes på landsbasis, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 og 2-1a. Med endringene i helsetilsynsloven der helsevirksomheter har blitt helsetjenester, kan de regionale helseforetakene bli gjenstand for tilsyn og reaksjoner. Dette skjedde i Helse Midt ifm Helseplattformen, selv om det ikke brukte mulighetene for å ilegge pålegg når det gjaldt utbredelsen til Helseforetaket i Møre og Romsdal. I desember 2024 ble Helse Nord RHF kritisert av statsforvalteren da etter at en øyeblikkelig hjelp pasient ikke fikk hjelp i tide som følge av at det ikke lenger var et døgntilbud til PCI. Dette har skapt debatt om hvor langt tilsynet kan gå i å påvirke organiseringen av helsetilbudet for å oppfylle rettigheter.

Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjenester og at helseforetakene overholder EØS-forpliktelser og internasjonale menneskerettigheter, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Menneskerettigheter til liv, helse – og beskyttelse mot diskriminering, samt barns og kvinners særskilte rettigheter, har betydning for statens plikter til å organisere helsetilbudet.

EØS-avtalen § 2 og menneskerettighetsloven § 3 innebærer at de forpliktelsen Stortinget har ratifisert skal ha forrang overfor norsk lov ved konflikt.

Ledelsen for sykehus og styrene er regulert av flere plikter spesialisthelsetjenestelovgivningen og blant annet kvalitetsforskriften som skal bidra til forsvarlige tjenester og at lovene implementeres (§ 1). Disse pliktene må vurderes dersom pasienttilbudet skal reduseres. Den som har det overordnede ansvaret for

virksomheten skal blant annet sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette, jf. § 3. Høyesterett har i en avgjørelse lagt til grunn at også sykehusene har et ansvar for å påse at behovet for sykehustjenester er dekket (se HR-2008-1592-A – Rt-2008-1187). I denne avgjørelsen ble det innfortolket som en begrensning på sykehusets adgang til å si opp en avtale med en privat virksomhet uten å påse at pasienten fikk et annet tilbud. Dette må få betydning også for andre reduksjoner av pasienttilbudet.

2. Svikt i tilretteleggingen for forsvarlig helsetjenester og for arbeidstakere

Sykehusene er pålagt å tilrettelegge slik at helsepersonell kan oppfylle sine lovpålagte plikter, jf. helsepersonelloven § 16 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. En tilsvarende tilretteleggingsplikt er pålagt i arbeidsmiljøloven og gjelder helsepersonells arbeidsforhold.

Dette innebærer reell involvering av helsepersonell i ledelsen av sykehusene, noe som er en selvstendig plikt etter arbeidsmiljøloven og helselovene. Flere rapporter fra Riksrevisjonen og fra organisasjonene, viser brudd på disse bestemmelsene i forbindelse med omstillinger og store prosjekter.

De er mange eksempler på at det er varslet internt om konkret risiko for bemanningsflukt, uten at det ledelsen svarer, viser at disse lovkravene ikke er overholdt. Eksempler: Ved Finnmarkssykehuset ba overleger om at rekrutteringsprosesser ble iverksatt i april 2024, da den siste øyespesialisten skulle ut av tjenesten sommeren 2025. Dette ble ikke besvart til tross for purringer. Overlegen hadde da ikke annet valg enn å varsle statsforvalteren i mai 2025, som per dags dato ikke har svart. Jeg har fått innsyn i alle sakens dokumenter. Gynekologene ved kreftavsnittet i Helse Bergen hadde lenge før alle sluttet varslet ledelsen og opplevde ikke å komme i dialog. I 2024 sluttet den siste gynekologen som behandlet kvinnesykdommer. I den dokumentasjonen jeg har fått tilsendt er det gjort lite fra ledelse og styre for å begrense risikoen for kvinnene med kreft. Dette er nå en tilsynssak da flere kvinner ikke har fått medisinsk behandling i tide. Jeg har bedt om innsyn i all dokumentasjon fra Helsetilsynet.

Dette viser at avstanden mellom ledelsen og ansatte i sykehus *er for stor* mange steder for å kunne oppfylle lovkrav. Konflikter mellom ledelse og ansatte om situasjonen i sykehuset viser i tillegg at ledelsen ofte ikke er kjent med utfordringene, eller at det er mangel på åpenhet.

3. Pasientrettigheter og bemanning

Oppfyllelse av sørge-for-ansvaret og forsvarlige helsetjenester og retten til nødvendig helsehjelp, er avhengig av tilstrekkelig bemanning med nødvendige kvalifikasjoner. Det er en utfordring at den stadig mer kritiske bemanningssituasjonen ikke hensyntas i

styringen av sykehusene, til tross for at dette er en gjennomgående på alle nivåer vurderes som en risikofaktor.

Modellen fører til stor avstand (mange ledd) og med ulike handlingsrom som gjør det vanskelig å begrense risiko og å overholde lovkrav. Et eksempel: I Helse Midt RHF er bemanningen identifisert som den største risikoen i et fem års perspektiv (styresak 89/24). Til tross for dette er det vanskelig å iverksette tiltak i sykehusene for å begrense bemanningsflukten, for eksempel er det i truffet innsparingsvedtak i sykehuset i Møre og Romsdal for nedbemanning og med høy risiko for ytterligere bemanningsflukt.

Stor avstand mellom ledere som tar avgjørelser av betydning for driften og helsepersonell vil dessuten føre til at vedtak ikke er tilstrekkelig opplyst og høy risiko for svikt. Det er liten tvil om at manglende dialog mellom ledelse og ansatte vedrørende risiko og pasientsikkerheten har betydning for arbeidsmiljøet, risikoen for bemanningsflukt og for pasientsikkerheten. Det høye sykefraværet i enkelte sykehus er en del av dette bildet.

4. Svikt i oppfyllelsen av retten til nødvendig helsehjelp fører til utilsiktet privatisering

En utfordring med at kapasiteten i pasienttilbudet reduseres i for stor grad er at pasienten får helsehjelpen fra private sykehus eller andre EU/EØS-land. Salget av helseforsikringer har økt betydelig de siste årene. Antallet solgte helseforsikringer er et uttrykk for økende mistillit til at det oppnås å få et behandlingstilbud fra helseforetakene i tide. Dette gir et grunnlag for å vurdere om retten til nødvendig helsehjelp er tilstrekkelig effektiv.

Det har også antallet fristbrudd som ofte fører til hjelp fra private etter avtale med Helfo og at pasienter i økende grad bruker private ordninger.

Når pasienter i større grad får helsehjelp fra private tjenester og fra andre EU/EØS-land som betales av staten, vil dette kunne svekke mulighetene for å videreutvikle sykehusstilbudet i Norge, ved at det blir vanskeligere å opprettholde spesialistkompetansen og gode fagmiljøer i landet.

Behandlingsfristordningen er uansett ikke et tilstrekkelig virkemiddel og fungerer ikke som tilsiktet. For det første er det fortsatt sykehus som ikke oversender behandlingsfrister til Helfo. For det andre kan fristen være innløst lenge før pasienten har fått helsehjelp. Dersom fristen allerede er utløst kan det oppstå brudd på forsvarlighetsplikten og retten til helsehjelp dersom det tar for lang tid før hjelpen gis.

De kreftsyke kvinnene som ikke fikk hjelp da alle gynekologer sluttet ved kraftavsnittet i 2024. ved Helse Bergen, ble påført forsinkelser. Behandlingsfristen var utløst. Saksbehandlingstiden hos Statsforvalteren er lang og avgjørelsene ligger ikke offentlig

tilgjengelig, noe som er en stor utfordring når flere rammes av at kapasiteten i sykehus reduseres.

Klageretten er ikke tilstrekkelig effektiv. Norge ble dømt i EMD for bruddet på retten til liv for en suicidal person 15. oktober 2024. En viktig del av denne dommen er at klageretten i Norge ble vurdert som for svak og at dette var et konvensjonsbrudd (EMK art. 13). I denne saken hadde pårørende etter at personen tok sitt liv, tatt saken rett fra Statsforvalteren til EMD utenom de norske domstolene. Det er nødvendig å effektivisere klageretten slik at tilliten til systemet kan styrkes.

5. Systemansvar og dataansvar, og offentlige innkjøp

For det første er det utfordringer knyttet til at systemansvaret for forsvarlige helsetjenester og databehandling (dataansvaret) ikke ses i sammenheng. Dette har ført svikt når det gjelder deling av helseopplysninger og at sykehusene har benyttet omfattende ressurser til administrasjon av helsedata. Forsiktighetshensyn har også ført til at foretas såkalte DPIA uten at det er nødvendig, hver gang helsedata deles. Dette kan ha motsatt effekt enn forsiktighet ved at det legger beslag på ressurser som ellers kunne vært benyttet til pasientbehandling. Ved flere sykehus er ikke ansvaret for beslutninger vært tydelig.

Dette skyldes blant annet at det har vært en frykt for overtredelsesgebyrer fra Datatilsynet.

Da ny ledelse ved OUS valgte å bringe en avgjørelse inn for Personvernemnda (PVN 2021/21), ble disse sammenhengene tydeliggjort. PVN viste til helselovene som et supplerende grunnlag til GDPR for å behandle helsedata. Denne kunnskapen er i begrenset grad kjent, noe som fortsatt skaper påfører sykehusene unødvendige kostnader og utfordringer med å dele data.

For det andre er det utfordringer knyttet til prosesser i forbindelse med investeringsvedtak, i all hovedsak at de ofte ikke blir basert på nødvendige prosesser og et tilstrekkelig opplyst grunnlag, i henhold til lovpålegg. En «gjenganger» i saker Stortingets kontroll – og konstitusjonskomite (KKK) har behandlet, er uklarheter om ansvars plassering og prosesser, og mangelen på transparens.

Det kan også være uklart hvor beslutningen er truffet. Denne formen for svikt gjentar seg og fører til unødvendige høye kostnader i helseforetaksmodellen.

Et eksempel er avtalen om outsourcing av hele pasientjournalssystemet i Helse Sør Øst i 2017. I tillegg til at saken ikke var opplyst var det mangel på åpenhet om utfordringene (NRK avslørte denne alvorlige svikten). Lovbruddet førte til overtredelsesgebyrer fra Datatilsynet. Det har ikke vært åpenhet om hva terminering av avtalen på noen milliarder kroner til slutt kostet. Dette skjedde noen år etter at innkjøpet av klinisk arbeidsplattform ble skrinlagt (og vurdert av Riksrevisjonen og KKK). Prosessen ifm med

avtalen med Epics (Helseplattformen) viser også betydelige mangler, se rapport fra Riksrevisjonen i oktober 2024. Det er også utfordringer med offentlige anskaffelser, senest i Helse Sør-Øst som gjelder rus ol. Og i Finnmarksykehuset der både anskaffelsesregelverket og habilitetspålegg, ble brutt.

6. Mangel på åpenhet om situasjonen i sykehus og i styringslinjen

I henhold til Grunnloven er det Stortinget som vedtar lover og bevilger sykehusressurser – noe som krever et opplyst grunnlag for å unngå «tvangsmessige etterbevilgninger», og at lovene oppfylles. En rekke konkrete saker de siste årene, styrereferater og rapporter fra Riksrevisjonen, samt behandling i Stortinget (Kontroll – og konstitusjonskomiteen), viser at lovpålegg som utgjør samfunnsoppdraget ikke er tilstrekkelig implementert i ledelse og styring av sykehusene, og mangel på åpenhet.

Dette gjelder alt fra investeringsvedtak, plikten til å vurdere risiko for pasientsikkerhet, plikten til å sørge for nødvendige sykehustjenester for å oppfylle rettigheter. RHFene eller HFene kan ikke velge å fravike lovpålegg som følge av trange budsjetter. Da skal det som et minimum varsles oppover i systemet, der statsråden er øverste ledd i foretaksmodellen.

Stortinget har i for mange saker ikke fått nødvendig informasjon, heller ikke når dette etterspørres. I de sakene Kontroll – og konstitusjonskomiteen har behandlet på bakgrunn av Riksrevisjonens rapporter, ser vi at informasjonen stanses i de regionale helseforetakene. Helseministeren virker da uinformert – og viser stadig oftere til det en RHF-direktør har uttalt. Eksempler på dette vil bli omtalt i en artikkel. Dette bryter med konstitusjonelle prinsipper. Stortinget skal utøve parlamentarisk kontroll med regjeringen – og ikke med de regionale helseforetakene. Dette forutsetter at regjeringen (helse- og omsorgsministeren) kan gi korrekte opplysninger.

Et ensidig fokus på økonomistyring gir mange ringvirkninger, blant annet at ledere som har som mål å oppfylle samfunnsoppdraget og utvikle kvaliteten, ikke premieres eller beholdes i systemet, dersom det oppstår økonomiske utfordringer som følge av underfinansiering. Risikoen for lovbrudd må vurderes og kommuniseres slik at det avsettes tilstrekkelige ressurser.

Det får ofte ikke konsekvenser at lover brytes. Dette fører til manglende respekt for lovene – og etter hvert manglende tillit til helseforetakssystemet.

7. Om overnasjonale reguleringer

Sekretariatsleder ba om en kort redegjørelse for overnasjonale regler av betydning for retten til nødvendig og forsvarlig sykehusbehandling – og plikter til å tilby et tilstrekkelig behandlingstilbud.

I EØS-avtalen § 2 er det en regel om at EØS-reglene som gjelder helsehjelp går foran norsk lov ved konflikt. EØS-avtalens art. 36 forstås slik at friheten til å etablere seg innad

i EU/EØS også gjelder friheten til å motta hjelp. Dessuten kommer trygdeforordningen og pasientrettighetsdirektivet til grunn. Menneskerettigheter til helse fremgår av EU charteret som ikke gjelder direkte for Norge, men de korresponderer langt på vei med de internasjonale konvensjonene.

FNs ØSK-komite har i tilknytning til FN konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) art. 12, uttalt at det forventes høyere standard på helsehjelpen fra rike land. Menneskerettsloven slår fast at de konvensjonene som er oppregnet i § 2 går foran norsk lov ved konflikt, jf. § 3. Menneskerettsloven har implementert EMK, ØSK, BK og KDK som er særlig sentrale innenfor helse. Retten kan innebære rett til innovativ helsehjelp (ØSK art. 15), altså nye metoder som er effektive. Det er en forpliktelse til å ta i bruk ny vitenskapelig kunnskap og innovasjon (skal komme befolkningen til gode), i denne bestemmelsen og i FNs menneskerettsdeklarasjon art. 27. Forvirring om forholdet mellom gruppevedtak fra de regionale helseforetakene som gjelder beslutninger om nye behandlingsmetoder, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-4, og den individuelle retten til helsehjelp som både kan utledes av menneskerettigheter og av loven, er uheldig. Det er liten tvil om at forbeholdet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 om at den individuelle retten kun gjelder innenfor gruppevedtak om metoder, i mange tilfeller tolkes innskrenkende for å overholde menneskerettigheter og hindre diskriminering.

Internasjonale menneskerettskonvensjoner og EØS-retten «rammer inn» norsk lov, forvaltningspraksis og domstolspraksis, slik blant annet helse- og omsorgsdepartementet viser til i lovproposisjoner.

-----:-----