



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 91 L

(2010–2011)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Lov om kommunale helse- og
omsorgstjenester m.m.
(helse- og omsorgstjenesteloven)

Oversikt over innhold

Del I	Innledning – bakgrunn for forslagene	23	8	Forholdet til spesialisthelse-tjenesten og spesialisthelse-tjenestelovgivningen	73
				Innledning	73
	1 Proposisjonens hovedinnhold	25	8.1	Forslag i høringsnotatet	73
	1.1 Innledning	25	8.2	Høringsinstansenes syn	73
	1.2 Oppsummering av proposisjonens forslag	26	8.3	Departementets vurderinger av forholdet mellom spesialisthelse-tjenesteloven og kommunal helse- og omsorgstjenestelov	74
			8.4		
	2 Bakgrunn for proposisjonen ...	31			
	2.1 Innledning	31			
	2.2 Nærmere om høringsnotat om forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	32	9	Forholdet til annen lovgivning m.m.	77
	2.3 Høringsinstansenes syn på høringen	32	9.1	Innledning	77
	2.4 Nærmere om høringen	33	9.2	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene	77
			9.3	Helsepersonelloven	77
	3 Kommunale helse- og omsorgstjenester – omfang, utviklingstrekk og fremtidige utfordringer	40	9.4	Pasientrettighetsloven	78
	3.1 Omfanget av kommunale helse- og sosialtjenester	40	9.5	Pasientskadeloven	78
	3.2 Utviklingstrekk og fremtidige utfordringer	40	9.6	Spesialisthelsetjenesteloven	80
			9.7	Helseregisterloven	80
	4 Fremtidens kommunerolle	45	9.8	Lov om råd for menneske med nedsett funksjonsevne	80
			9.9	Tannhelsetjenesteloven	81
			9.10	Psykisk helsevernloven	81
			9.11	Forholdet til forslag til ny lov om folkehelsearbeid	81
			9.12	Barnevernloven	81
			9.13	Lov om sosiale tjenester i NAV	82
			9.14	Sameloven	83
			9.15	Diskrimineringslovgivningen	86
			9.16	Forholdet til internasjonale menneskerettigheter	87
			9.17	Personvern	88
	Del II				
	Lovforslagets struktur, formål og virkeområde – forholdet til annen lovgivning	47	10	Nærmere om forholdet til helsepersonelloven	96
			10.1	Innledning	96
	5 Føringer for forslag til ny lovregulering	49	10.2	Behov for endringer	96
	5.1 Grunnleggende verdier og prinsipper	49	10.3	Helsepersonellovens virkeområde og definisjoner	97
	5.2 Harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning	49	10.4	Krav til personelletts yrkesutøvelse	102
	5.3 Oppfølging av samhandlingsmeldingen	50	10.5	Forsvarlig yrkesutøvelse – helsepersonelloven § 4	103
	5.4 Sosialfaglige perspektiver i ny lov	52	10.6	Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt	105
			10.7	Dokumentasjonsplikt	112
			10.8	Anvendelsen av andre deler av helsepersonelloven	115
	6 Sentrale hovedtrekk i lovforslaget	54			
	7 Lovforslagets struktur, formål og virkeområde	57			
	7.1 Innledning	57			
	7.2 Lovforslagets struktur	57			
	7.3 Lovforslagets formål	61			
	7.4 Lovforslagets virkeområde	65			
	7.5 Lovforslagets definisjoner og begrepsbruk	70			

11	Forholdet til forvaltningsloven	118	15.5	Departementets vurderinger og forslag knyttet til konkret regulering av kommunens plikter	167
11.1	Innledning	118		Nærmere om forskriftshjemmel ...	200
11.2	Gjeldende rett	118	15.6	Departementets vurderinger av enkelte andre forslag mottatt i høringen	203
11.3	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ..	120	15.7		
11.4	Prosedyrer og praksis ved tildeling av hjelp	120			
11.5	Forslag i høringsnotatet	121			
11.6	Høringsinstansenes syn	121	16	Øyeblikkelig hjelp	206
11.7	Departementets vurderinger og forslag	127	16.1	Innledning	206
			16.2	Gjeldende rett	206
			16.3	Behovet for presisering av lovregulering	207
Del III	Kommunens ansvar og plikter	131	16.4	Forslag i høringsnotatet	208
			16.5	Høringsinstansenes syn	208
12	Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester	133	16.6	Departementets vurderinger og forslag	212
12.1	Innledning	133	17	Helsefremmende og forebyggende arbeid	215
12.2	Gjeldende rett	133	17.1	Innledning	215
12.3	Forslag til regulering i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene	134	17.2	Gjeldende rett	216
12.4	Forslag i høringsnotatet	134	17.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	217
12.5	Høringsinstansenes syn	135	17.4	Forslag i høringsnotatet	219
12.6	Departementets vurderinger og forslag	139	17.5	Høringsinstansenes syn	220
			17.6	Departementets vurderinger og forslag	221
13	Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester – gjeldende rett	143	18	Kommunelegens rolle	229
13.1	Overordnet om gjeldende rett	143	18.1	Gjeldende rett	229
13.2	Gjeldende rett – helsetjenester	145	18.2	Forslag i St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen	230
			18.3	Dagens situasjon	230
14	Overordnede prinsipper for kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester	153	18.4	Forslag i høringsnotatet	231
14.1	Innledning	153	18.5	Høringsinstansenes syn	231
14.2	Detaljeringsgrad og profesjonsnøytralitet	153	18.6	Departementets vurderinger og forslag	233
14.3	Om rammene for kommunens plikter	161	19	Fastlegeordningen	238
14.4	Særlig om privat virksomhet i kommunehelsetjenesten	163	19.1	Innledning	238
			19.2	Gjeldende rett	239
15	Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester – regulering av kommunens plikter	166	19.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	244
15.1	Innledning	166	19.4	Kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen	246
15.2	Kort om gjeldende rett	166	19.5	Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering	250
15.3	Forslag i høringsnotatet	166	19.6	Legefordeling til kommunehelsetjenesten	250
15.4	Generelt om høringsinstansenes syn	167	19.7	Omtale av mulige forslag til endringer i fastlegeordningen	251
			19.8	Finansieringsmodell	256

19.9	Fastlegenes innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner	259	26	Understøtting av elektronisk samhandling	294
19.10	Legevakt	260	26.1	Elektronisk samhandling som målsetting	294
20	Krav om forsvarlige tjenester ..	261	26.2	Allerede igangsatt arbeid med lov og forskrift	294
20.1	Innledning og bakgrunn	261	26.3	Stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren	295
20.2	Gjeldende rett	261	26.4	Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger	295
20.3	Forslaget i høringsnotatet	261	26.5	Forsvarlige IKT-systemer og hensynet til elektronisk samhandling	301
20.4	Høringsinstansenes syn	262	26.6	Krav til funksjonalitet og standarder	303
20.5	Departementets vurderinger og forslag	263	26.7	Sertifisering	305
21	Kvalitet og pasientsikkerhet	266	Del IV	Samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak	311
21.1	Innledning	266	27	Samarbeid mellom kommuner	313
21.2	Kvalitet	266	27.1	Innledning	313
21.3	Pasientsikkerhet	273	27.2	Gjeldende rett	313
22	Utdanning	278	27.3	Ulike interkommunale samarbeidsmodeller	314
22.1	Innledning	278	27.4	Forslag i høringsnotatet	317
22.2	Gjeldende rett	278	27.5	Høringsinstansenes syn	317
22.3	Forslag i St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen	278	27.6	Departementets vurderinger og forslag	319
22.4	Forslag i høringsnotatet	279	28	Lovpålagt krav om lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak	321
22.5	Høringsinstansenes syn	279	28.1	Innledning	321
22.6	Departementets vurderinger og forslag	280	28.2	Tidligere utredninger og forslag .	321
23	Forskning	282	28.3	Gjeldende rammeavtale mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet	322
23.1	Innledning og bakgrunn	282	28.4	Forslag i høringsnotatet	323
23.2	Gjeldende rett	283	28.5	Høringsinstansenes syn	324
23.3	Forslag i høringsnotatet	283	28.6	Departementets vurderinger og forslag	327
23.4	Høringsinstansenes syn	283	28.7	Forholdet til regelverket om offentlige anskaffelser	333
23.5	Departementets vurderinger og forslag	284	Del V	Pasient- og brukerrettigheter mv.	337
24	Beredskapsarbeid	286	29	Retten til kommunale helse- og omsorgstjenester – materielle rettigheter	339
24.1	Innledning	286			
24.2	Gjeldende rett	286			
24.3	Forslag i høringsnotatet	288			
24.4	Høringsinstansenes syn	288			
24.5	Departementets vurderinger og forslag	288			
25	Politiattest	290			
25.1	Innledning	290			
25.2	Gjeldende rett	290			
25.3	Forslag i høringsnotatet	291			
25.4	Høringsinstansenes syn	291			
25.5	Departementets vurderinger og forslag	292			

29.1	Innledning	339	33.3	Forslag i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammen- hengende helsetjeneste	376
29.2	Gjeldende rett	339	33.4	Forslag i høringsnotatet	376
29.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	342	33.5	Høringsinstansenes syn	376
29.4	Forslag i høringsnotatet	343	33.6	Departementets vurderinger og forslag	377
29.5	Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester	343	Del VI	Klage- og tilsynsordninger	379
29.6	Strukturelle valg ved utforming av ny lovregulering	347	34	Klageordning	381
29.7	Rett til øyeblikkelig hjelp	348	34.1	Innledning	381
29.8	Barns rett til helsekontroll	349	34.2	Organisering av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket	381
29.9	Rett til verdig tjenestetilbud	350	34.3	Gjeldende rett	382
29.10	Rettigheter under opphold i institusjon	352	34.4	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ...	385
29.11	Særlig om rusmiddelavhengiges rettigheter	353	34.5	Forslag i høringsnotatet	385
30	Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – prosessuelle rettigheter	355	34.6	Høringsinstansenes syn	386
30.1	Innledning	355	34.7	Departementets vurderinger og forslag	392
30.2	Gjeldende rett	355	35	Tilsyn	398
30.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	357	35.1	Innledning	398
30.4	Forslag i høringsnotatet	357	35.2	Gjeldende rett	398
30.5	Høringsinstansenes syn	358	35.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	400
30.6	Departementets vurderinger og forslag	359	35.4	Evaluerings av integrering av fylkeslegeembetet i fylkemannsembetet	401
31	Individuell plan – koordinator	361	35.5	Forslag i høringsnotatet	402
31.1	Innledning	361	35.6	Høringsinstansenes syn	402
31.2	Gjeldende rett	361	35.7	Departementets vurderinger og forslag	407
31.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	362	Del VII	Særregulering i forhold til enkelte grupper	411
31.4	Erfaringer med individuell plan ...	363	36	Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning	413
31.5	Forslag i høringsnotatet	363	36.1	Innledning	413
31.6	Høringsinstansenes syn	363	36.2	Gjeldende rett	413
31.7	Departementets vurderinger og forslag	365	36.3	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ...	416
32	Andre ordninger som skal sikre et koordinert tjeneste- tilbud	369	36.4	Forslag i høringsnotatet	417
32.1	Innledning	369	36.5	Høringsinstansenes syn	417
32.2	Gjeldende rett	369	36.6	Departementets vurderinger og forslag	418
32.3	Erfaringer med dagens ordninger	370	37	Særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige, herunder bruk av tvang	419
32.4	Forslag i høringsnotatet	371	37.1	Innledning	419
32.5	Høringsinstansenes syn	371			
32.6	Departementets vurderinger og forslag	372			
33	Pasienters og brukeres innflytelse	376			
33.1	Innledning	376			
33.2	Gjeldende rett	376			

37.2	Gjeldende rett	419	41.7	Departementets vurderinger og forslag	445
37.3	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ..	421			
37.4	Evalueringsrapport	421	Del IX	Andre temaer og forslag	447
37.5	Forslag i høringsnotatet	422	42	Meldeordning for spesialisthelsetjenesten	449
37.6	Høringsinstansenes syn	422	42.1	Innledning	449
37.7	Departementets vurderinger og forslag	422	42.2	Bakgrunn	449
			42.3	Kunnskapsgrunnlag og internasjonale anbefalinger	450
Del VIII	Økonomiske virkemidler og finansiering	425	42.4	Gjeldende rett	451
38	Finansiering og egenbetaling ..	427	42.5	Helsetilsynet i fylkets håndtering av meldingene	451
38.1	Innledning	427	42.6	Forslag i høringsnotatet	452
38.2	Gjeldende rett	427	42.7	Høringsinstansenes syn	453
38.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	429	42.8	Departementets vurderinger og forslag	458
38.4	Forslag i høringsnotatet	430			
38.5	Høringsinstansenes syn	430	43	Forebygging i spesialisthelsetjenesten	465
38.6	Departementets vurderinger og forslag	431	43.1	Innledning	465
39	Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet	432	43.2	Gjeldende rett	465
39.1	Innledning	432	43.3	Forslag i høringsnotatet	465
39.2	Gjeldende rett	432	43.4	Høringsinstansenes syn	465
39.3	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ...	433	43.5	Departementets vurderinger og forslag	466
39.4	Forslag i høringsnotatet	433	44	Tildeling av avtalehjemler for lege- og psykologspesialister ...	468
39.5	Høringsinstansenes syn	433	44.1	Gjeldende rett	468
39.6	Departementets vurderinger og forslag	435	44.2	Forslag i høringsnotatet	468
40	Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter	437	44.3	Høringsinstansenes syn	468
40.1	Innledning	437	44.4	Departementets vurderinger og forslag	468
40.2	Gjeldende rett	437	Del X	Økonomiske og administrative konsekvenser, oppfølging og evaluering	469
40.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	438	45	Økonomiske og administrative konsekvenser	471
40.4	Forslag i høringsnotatet	439	45.1	Innledning	471
40.5	Høringsinstansenes syn	439	45.2	Høringsinstansenes syn	471
40.6	Departementets vurderinger og forslag	440	45.3	Økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen	473
41	Kommunal medfinansiering	442	45.4	Nærmere om økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslagene	473
41.1	Innledning	442	46	Oppfølging og evaluering av forslagene	480
41.2	Gjeldende rett	442	46.1	Forskriftsarbeid	480
41.3	St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen	442	46.2	Evaluering	480
41.4	Utredning av ulike finansieringsmodeller	443			
41.5	Forslag i høringsnotatet	443			
41.6	Høringsinstansenes syn	443			

Del XI	Merknader til lovforslagene	483	48	Merknader til forslag til endringer i andre lover	507
47	Merknader til forslag om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	485		Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)	522

Detaljert innhold

Del I	Innledning – bakgrunn for forslagene	23	5.3.5	Tilrettelegging for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse	52
1	Proposisjonens hovedinnhold	25	5.4	Sosialfaglige perspektiver i ny lov	52
1.1	Innledning	25	5.4.1	Høringsinstansenes syn	52
1.2	Oppsummering av proposisjonens forslag	26	5.4.2	Sosialfaglig arbeid i kommunene .	52
2	Bakgrunn for proposisjonen ...	31	6	Sentrale hovedtrekk i lovforslaget	54
2.1	Innledning	31	7	Lovforslagets struktur, formål og virkeområde	57
2.2	Nærmere om høringsnotat om forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	32	7.1	Innledning	57
2.2.1	Innledning	32	7.2	Lovforslagets struktur	57
2.3	Høringsinstansenes syn på høringen	32	7.2.1	Dagens lovstruktur	57
2.4	Nærmere om høringen	33	7.2.2	Ulike lovmodeller	57
3	Kommunale helse- og omsorgstjenester – omfang, utviklingstrekk og fremtidige utfordringer	40	7.2.3	St.meld. nr. 47 - Samhandlingsreformen og Stortingets behandling av meldingen	57
3.1	Omfanget av kommunale helse- og sosialtjenester	40	7.2.4	Forslag i høringsnotatet	58
3.2	Utviklingstrekk og fremtidige utfordringer	40	7.2.5	Høringsinstansenes syn	58
3.2.1	Sentrale utviklingstrekk	40	7.2.6	Departementets vurderinger og forslag	60
3.2.2	Fremtidige utfordringer	42	7.3	Lovforslagets formål	61
4	Fremtidens kommunerolle	45	7.3.1	Gjeldende rett	61
Del II	Lovforslagets struktur, formål og virkeområde – forholdet til annen lovgivning	47	7.3.2	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helse-tjenestene – høringsinnspill	62
5	Føringer for forslag til ny lovregulering	49	7.3.3	Forslag i høringsnotatet	62
5.1	Grunnleggende verdier og prinsipper	49	7.3.4	Høringsinstansenes syn	62
5.2	Harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning	49	7.3.5	Departementets vurderinger og forslag	64
5.3	Oppfølging av samhandlingsmeldingen	50	7.4	Lovforslagets virkeområde	65
5.3.1	Rammene for fremtidens kommunerolle	50	7.4.1	Gjeldende rett	65
5.3.2	Bedre legetjeneste i kommunene innenfor fremtidens kommunerolle	51	7.4.2	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helse-tjenestene ...	65
5.3.3	Understøtte klarere pasientrolle og helhetlig pasientforløp	51	7.4.3	Forslag i høringsnotatet	65
5.3.4	Tilrettelegging for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste.	51	7.4.4	Høringsinstansenes syn	65
			7.4.5	Departementets vurderinger og forslag	68
			7.5	Lovforslagets definisjoner og begrepsbruk	70
			7.5.1	Forslag i høringsnotatet	70
			7.5.2	Høringsinstansenes syn	70
			7.5.3	Departementets vurderinger og forslag	71
			8	Forholdet til spesialisthelsetjenesten og spesialisthelsetjenestelovgivningen	73
			8.1	Innledning	73
			8.2	Forslag i høringsnotatet	73
			8.3	Høringsinstansenes syn	73

8.4	Departementets vurderinger av forholdet mellom spesialisthelsetjenesteloven og kommunal helse- og omsorgstjenestelov	74	9.17.2	Gjeldende rett	88
			9.17.3	Personvernregelverket	89
			9.17.4	Internasjonal rett	90
			9.17.4.1	EMK	91
			9.17.4.2	EUs personverndirektiv	91
			9.17.5	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ...	91
			9.17.6	NOU 2009:1 Individ og integritet – Personvernkommissjonen	92
			9.17.7	Forslag i høringsnotatet	93
			9.17.8	Høringsinstansenes syn	93
			9.17.9	Departementets vurderinger	94
9	Forholdet til annen lovgivning m.m.	77	10	Nærmere om forholdet til helsepersonelloven	96
9.1	Innledning	77	10.1	Innledning	96
9.2	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ...	77	10.2	Behov for endringer	96
9.3	Helsepersonelloven	77	10.2.1	Utviklingstrekk knyttet til tjenestene	96
9.4	Pasientrettighetsloven	78	10.2.2	NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene	96
9.5	Pasientskadeloven	78	10.2.3	Andre utredninger	96
9.5.1	Gjeldende rett	78	10.3	Helsepersonellovens virkeområde og definisjoner	97
9.5.2	Forslag i høringsnotatet	78	10.3.1	Gjeldende rett	97
9.5.3	Høringsinstansenes syn	79	10.3.2	Forslag i høringsnotatet	97
9.5.4	Departementets vurderinger og forslag	79	10.3.3	Høringsinstansenes syn	97
9.6	Spesialisthelsetjenesteloven	80	10.3.3.1	Helsepersonellovens virkeområde	97
9.7	Helseregisterloven	80	10.3.3.2	Begrepet helsehjelp	98
9.8	Lov om råd for menneske med nedsett funksjonsevne	80	10.3.3.3	Om NAV-personell	99
9.9	Tannhelsetjenesteloven	81	10.3.3.4	Begrepet helseinstitusjon	99
9.10	Psykisk helsevernloven	81	10.3.4	Departementets vurderinger og forslag	100
9.11	Forholdet til forslag til ny lov om folkehelsearbeid	81	10.3.4.1	Helsepersonellovens virkeområde	100
9.12	Barnevernloven	81	10.3.4.2	Begrepet helsehjelp	101
9.12.1	Gjeldende rett	81	10.3.4.3	Om NAV-personell	101
9.12.2	Forslaget i høringen	81	10.3.4.4	Begrepet helseinstitusjon	102
9.12.3	Høringsinstansenes syn	81	10.4	Krav til personelletts yrkesutøvelse	102
9.12.4	Departementets vurderinger og forslag	82	10.5	Forsvarlig yrkesutøvelse – helsepersonelloven § 4	103
9.13	Lov om sosiale tjenester i NAV ...	82	10.5.1	Gjeldende rett	103
9.13.1	Gjeldende rett	82	10.5.2	Forslag i høringsnotatet	104
9.13.2	Forslag i høringsnotatet	82	10.5.3	Høringsinstansenes syn	104
9.13.3	Høringsinstansenes syn	83	10.5.4	Departementets vurdering	104
9.13.4	Departementets vurderinger og forslag	83	10.6	Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt	105
9.14	Sameloven	83	10.6.1	Innledning	105
9.14.1	Gjeldende rett	83	10.6.2	Gjeldende rett.....	105
9.14.2	Høringsinstansenes syn	84	10.6.2.1	Forvaltningsmessig og profesjonsbestemt taushetsplikt	105
9.14.3	Departementets vurderinger og forslag	85	10.6.2.2	Nærmere om forvaltningsmessig taushetsplikt	105
9.15	Diskrimineringslovgivningen	86	10.6.2.3	Nærmere om helsepersonells taushetsplikt	106
9.15.1	Gjeldende rett	86			
9.15.2	Forslag i høringsnotatet	86			
9.15.3	Høringsinstansenes syn	87			
9.15.4	Departementets vurderinger og forslag	87			
9.16	Forholdet til internasjonale menneskerettigheter	87			
9.16.1	Gjeldende rett	87			
9.16.2	Departementets vurderinger	88			
9.17	Personvern	88			
9.17.1	Innledning	88			

10.6.2.4	Unntak fra taushetsplikten – opplysningsrett og opplysningsplikt	106	11.7.3	Forvaltningsloven kapittel II og III	128
10.6.3	Forslag i høringsnotatet	108	11.7.4	Avgjørelser om tildeling og avslag på hjelp – forvaltningsloven kapittel IV og V	128
10.6.4	Høringsinstansenes syn	108	11.7.5	Forvaltningslovens anvendelse ved klagebehandling	130
10.6.5	Departementets vurderinger og forslag	109	Del III	Kommunens ansvar og plikter	131
10.6.5.1	Generelt	109	12	Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester	133
10.6.5.2	Om yrkesmessig taushetsplikt	109	12.1	Innledning	133
10.6.5.3	Om forvaltningsmessig taushetsplikt	110	12.2	Gjeldende rett	133
10.6.5.4	Om opplysningsplikt	110	12.2.1	Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester	133
10.7	Dokumentasjonsplikt	112	12.2.2	Regulering av hvordan kommunen ivaretar ansvaret	133
10.7.1	Gjeldende rett	112	12.2.3	Krav til samarbeid med andre offentlige instanser	134
10.7.2	Forslag i høringsnotatet	112	12.3	Forslag til regulering i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene	134
10.7.3	Høringsinstansenes syn	113	12.4	Forslag i høringsnotatet	134
10.7.4	Departementets vurderinger og forslag	115	12.5	Høringsinstansenes syn	135
10.8	Anvendelsen av andre deler av helsepersonelloven	115	12.6	Departementets vurderinger og forslag	139
10.8.1	Krav til organisering av virksomhet	115	12.6.1	Kommunens overordnede ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester	139
10.8.2	Meldeplikt	116	12.6.2	Nærmere om hvordan kommunene skal ivareta ansvaret	140
10.8.3	Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning	116	12.6.3	Endring av tilsynsloven	141
10.8.4	Reaksjoner ved brudd m.v. på lovens bestemmelser	116	12.6.4	Om ansvaret for regionale helseforetak	141
10.8.5	Statens helsepersonellnemnd	117	12.6.5	Krav til samarbeid med andre offentlige instanser	141
11	Forholdet til forvaltningsloven	118	13	Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester – gjeldende rett	143
11.1	Innledning	118	13.1	Overordnet om gjeldende rett	143
11.2	Gjeldende rett	118	13.1.1	Innledning	143
11.2.1	Forvaltningsloven	118	13.1.2	Organisering av helsetjenester	143
11.2.2	Sosialtjenesteloven	118	13.1.3	Organisering av sosiale tjenester .	144
11.2.3	Kommunehelsetjenesteloven	119	13.1.4	Særlig om avtale med private og utgiftsdekning	144
11.2.4	Pasientrettighetsloven	119	13.2	Gjeldende rett – helsetjenester	145
11.2.5	Spesialisthelsetjenesteloven	119	13.2.1	Innledning	145
11.2.6	Helseforetaksloven	119	13.2.2	Legetjenester, herunder legevakt, fastlegeordning og samfunnsmedisin	145
11.3	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ..	120	13.2.3	Legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste	146
11.4	Prosedyrer og praksis ved tildeling av hjelp	120	13.2.4	Habilitering og rehabilitering	146
11.4.1	Sosiale tjenester	120			
11.4.2	Kommunehelsetjenester	120			
11.4.3	Spesialisthelsetjenester	121			
11.5	Forslag i høringsnotatet	121			
11.6	Høringsinstansenes syn	121			
11.6.1	Generelt	121			
11.6.2	Forslag om når reglene i forvaltningsloven om enkeltvedtak skal gjelde	122			
11.7	Departementets vurderinger og forslag	127			
11.7.1	Innledning	127			
11.7.2	Enkelte utviklingstrekk	127			

13.2.5	Fysioterapitjeneste	146	14.2.3.2	Valg av modell	158
13.2.6	Jordmortjeneste	147	14.2.3.3	Særlig om profesjonsnøytralitet ...	159
13.2.7	Helsestasjons- og skolehelse- tjeneste	147	14.3	Om rammene for kommunens plikter	161
13.2.8	Sykepleie, herunder helsesøster- tjeneste og hjemmesykepleie	147	14.4	Særlig om privat virksomhet i kommunehelsetjenesten	163
13.2.9	Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie	147	14.4.1	Gjeldende rett og forslaget i høringsnotatet	163
13.2.10	Helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger fengsler i kriminalomsorgen	148	14.4.2	Høringsinstansenes syn	163
13.2.11	Transport av behandlingspersonell	148	14.4.3	Departementets vurderinger og forslag	163
13.2.12	Kort om sammenhengen mellom helsetjenestens plikter og den enkeltes rettigheter	148	14.4.3.1	De privates ansvar	163
13.3	Gjeldende rett – sosiale tjenester og hjelpetiltak	149	14.4.3.2	Avtalekrav og overdragelse	164
13.3.1	Innledning	149	14.4.3.3	Tildeling av avtale	164
13.3.2	Generelle oppgaver	149	15	Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgs- tjenester – regulering av kommunens plikter	166
13.3.3	Opplysning, råd og veiledning	149	15.1	Innledning	166
13.3.4	Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse	150	15.2	Kort om gjeldende rett	166
13.3.5	Avlastningstiltak for personer og familier med et særlig tyngende omsorgsarbeid	150	15.3	Forslag i høringsnotatet	166
13.3.6	Støttekontakt	150	15.4	Generelt om høringsinstansenes syn	167
13.3.7	Boliger med heldøgns omsorgs- tjenester	150	15.5	Departementets vurderinger og forslag knyttet til konkret regulering av kommunens plikter	167
13.3.8	Omsorgslønn	151	15.5.1	Kort om rammene for kommunens plikter	167
13.3.9	Hjelpetiltak overfor rusmiddel- avhengige	151	15.5.2	Helsefremmende og fore- byggende arbeid	168
13.3.10	Kort om sammenhengen mellom sosialtjenestens plikter og den enkeltes rettigheter	151	15.5.2.1	Høringsnotatets forslag	168
13.3.11	Særregler om rusmiddelavhengige og psykisk utviklingshemmede, herunder bestemmelser om bruk av tvang	152	15.5.2.2	Høringsinstansenes syn	169
14	Overordnede prinsipper for kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgs- tjenester	153	15.5.2.3	Departementets vurderinger og forslag	171
14.1	Innledning	153	15.5.3	Svangerskaps- og barselomsorgs- tjenester	175
14.2	Detaljeringsgrad og profesjons- nøytralitet	153	15.5.3.1	Høringsnotatets forslag	175
14.2.1	Forslag i høringsnotatet	153	15.5.3.2	Høringsinstansenes syn	175
14.2.2	Høringsinstansenes syn	154	15.5.3.3	Departementets vurderinger og forslag	176
14.2.2.1	Behov for flere krav til kvalitet, innhold og kompetanse	154	15.5.4	Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt- ordning og medisinsk nødmelde- tjeneste	176
14.2.2.2	Profesjonsnøytralitet	155	15.5.4.1	Høringsnotatets forslag	176
14.2.3	Departementets vurderinger og forslag	157	15.5.4.2	Høringsinstansenes syn	176
14.2.3.1	To tilnærminger	157	15.5.4.3	Departementets vurderinger og forslag	177
			15.5.5	Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlege- ordning	178
			15.5.5.1	Høringsnotatets forslag	178
			15.5.5.2	Høringsinstansenes syn	179

15.5.5.3	Departementets vurderinger og forslag	179	15.5.15.3	Departementets vurderinger og forslag	199
15.5.6	Medisinsk, sosial og psykososial habilitering og rehabilitering	180	15.5.16	Transport av behandlingspersonell	200
15.5.6.1	Høringsnotatets forslag	180	15.6	Nærmere om forskriftshjemmel ...	200
15.5.6.2	Høringsinstansenes syn	181	15.6.1	Gjeldende rett	200
15.5.6.3	Departementets vurderinger og forslag	181	15.6.2	Høringsnotatets forslag	201
15.5.7	Andre helse- og omsorgstjenester	183	15.6.3	Høringsinstansenes syn	201
15.5.7.1	Forslag i høringsnotatet	183	15.6.4	Departementets vurderinger og forslag	202
15.5.7.2	Høringsinstansenes syn	183	15.7	Departementets vurderinger av enkelte andre forslag mottatt i høringen	203
15.5.7.3	Departementets vurderinger og forslag	186	15.7.1	Overgrepsmottak	203
15.5.8	Særlig om psykisk helsetjeneste og rustjeneste	187	15.7.2	Autorisasjon av sosialpersonell	204
15.5.8.1	Høringsnotatets forslag	187	16	Øyeblikkelig hjelp	206
15.5.8.2	Høringsinstansenes syn	187	16.1	Innledning	206
15.5.8.3	Departementets vurderinger og forslag	188	16.2	Gjeldende rett	206
15.5.9	Nærmere om ernæringsarbeid/kostveiledning	190	16.3	Behovet for presisering av lovregulering	207
15.5.10	Nærmere om enkelte tjenester som tidligere har vært eksplisitt lovregulert	191	16.4	Forslag i høringsnotatet	208
15.5.10.1	Innledning	191	16.5	Høringsinstansenes syn	208
15.5.10.2	Sykepleietjenester, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie	191	16.6	Departementets vurderinger og forslag	212
15.5.10.3	Fysioterapitjenester	192	16.6.1	Plikt for kommunene til å motta og vurdere pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp .	212
15.5.11	Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen	194	16.6.2	Døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp	213
15.5.11.1	Høringsnotatets forslag	194	17	Helsefremmende og forebyggende arbeid	215
15.5.11.2	Høringsinstansenes syn	194	17.1	Innledning	215
15.5.11.3	Departementets vurderinger og forslag	194	17.1.1	Utfordringsbildet	215
15.5.12	Omsorgslønn	194	17.1.2	Forebyggende helsetjenester	216
15.5.12.1	Høringsnotatets forslag	194	17.2	Gjeldende rett	216
15.5.12.2	Høringsinstansenes syn	195	17.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	217
15.5.12.3	Departementets vurderinger og forslag	195	17.3.1	NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene	217
15.5.13	Boliger til vanskeligstilte	195	17.3.2	St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge	218
15.5.13.1	Høringsnotatets forslag	195	17.3.3	St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller	218
15.5.13.2	Høringsinstansenes syn	195	17.3.4	St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen	218
15.5.13.3	Departementets vurderinger og forslag	196	17.3.5	Innst. 212 S fra helse- og omsorgskomiteen	219
15.5.14	Pasient- og brukeropplæring	196	17.3.6	St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.	219
15.5.14.1	Høringsnotatets forslag	196	17.4	Forslag i høringsnotatet	219
15.5.14.2	Høringsinstansenes syn	196			
15.5.14.3	Departementets vurderinger og forslag	197			
15.5.15	Brukerstyrt personlig assistanse	198			
15.5.15.1	Høringsnotatets forslag	198			
15.5.15.2	Høringsinstansenes syn	199			

17.5	Høringsinstansenes syn	220	19.2.3.5	Kollektivavtalen – avtale mellom Helsedirektoratet og Den norske legeforening	244
17.6	Departementets vurderinger og forslag	221	19.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	244
17.6.1	Forebygging som en integrert del av helse- og omsorgstjenestene ...	223	19.3.1	NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt	244
17.6.1.1	Generelt	223	19.3.2	St.meld. nr. 47 – Samhandlings- reformen	245
17.6.1.2	Særlig om forbygging i allmenn- legetjenesten	223	19.3.3	Innst. 212 S fra helse- og omsorgs- komiteen	246
17.6.1.3	Særlig om forebygging i omsorgstjenesten	224	19.4	Kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen	246
17.6.1.4	Særlig om forebygging i tannhelsetjenesten	224	19.4.1	Forslag i høringsnotatet	246
17.6.1.5	Helsestasjons- og skolehelse- tjeneste	224	19.4.2	Høringsinstansenes syn	247
17.6.1.6	Svangerskaps- og barselomsorgs- tjenester	225	19.4.3	Departementets vurderinger	248
17.6.1.7	Lærings- og mestringsaktiviteter – frisklivstilbud	225	19.5	Nasjonale kvalitets- og funksjons- krav med tilhørende rapportering	250
17.6.1.8	Forebyggende psykisk helse- arbeid og forebygging av rusmiddelavhengighet	226	19.5.1	Forslag i høringsnotatet	250
17.6.1.9	Opplysning, råd og veiledning	226	19.5.2	Høringsinstansenes syn	250
17.6.2	Helse- og omsorgstjenestens bidrag i kommunens folkehelse- arbeid – oversikt over helse- tilstanden i kommunen	227	19.5.3	Departementets vurderinger	250
18	Kommunelegens rolle	229	19.6	Legefordeling til kommune- helsetjenesten	250
18.1	Gjeldende rett	229	19.6.1	Forslag i høringsnotatet	250
18.2	Forslag i St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen	230	19.6.2	Høringsinstansenes syn	251
18.3	Dagens situasjon	230	19.6.3	Departementets vurdering og forslag	251
18.4	Forslag i høringsnotatet	231	19.7	Omtale av mulige forslag til endringer i fastlegeordningen	251
18.5	Høringsinstansenes syn	231	19.7.1	Omtale i høringsnotatet av mulige endringer i fastlegeforskriften	251
18.6	Departementets vurderinger og forslag	233	19.7.2	Høringsinstansenes syn	252
19	Fastlegeordningen	238	19.7.3	Departementets vurderinger	255
19.1	Innledning	238	19.8	Finansieringsmodell	256
19.1.1	Stortingets overordnede føringer ved innføringen av fastlege- ordningen	239	19.8.1	Omtale i høringsnotatet	256
19.2	Gjeldende rett	239	19.8.2	Høringsinstansenes syn	256
19.2.1	Kommunehelsetjenesteloven	239	19.8.3	Departementets vurderinger	259
19.2.2	Fastlegeforskriften	240	19.9	Fastlegenes innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgs- institusjoner	259
19.2.3	Avtaleverket	242	19.9.1	Omtale i høringsnotatet	259
19.2.3.1	Statsavtalen	242	19.9.2	Høringsinstansenes syn	259
19.2.3.2	Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening	242	19.9.3	Departementets vurderinger	259
19.2.3.3	Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening	243	19.10	Legevakt	260
19.2.3.4	Individuelle avtaler mellom kommune og fastlege	244	20	Krav om forsvarlige tjenester ..	261
			20.1	Innledning og bakgrunn	261
			20.2	Gjeldende rett	261
			20.3	Forslaget i høringsnotatet	261
			20.4	Høringsinstansenes syn	262
			20.5	Departementets vurderinger og forslag	263
			21	Kvalitet og pasientsikkerhet	266
			21.1	Innledning	266
			21.2	Kvalitet	266

21.2.1	Generelt om kvalitet	266	24.5	Departementets vurderinger og forslag	288
21.2.2	Gjeldende rett	266			
21.2.3	Forslag i høringsnotatet	267			
21.2.4	Høringsinstansenes syn	267	25	Politiattest	290
21.2.5	Departementets vurderinger og forslag	270	25.1	Innledning	290
21.2.5.1	Definisjon av kvalitet	270	25.2	Gjeldende rett	290
21.2.5.2	Plikt til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid.	271	25.3	Forslag i høringsnotatet	291
21.2.5.3	Helsedirektoratets rolle som faglig veileder	272	25.4	Høringsinstansenes syn	291
21.3	Pasientsikkerhet	273	25.5	Departementets vurderinger og forslag	292
21.3.1	Generelt om pasientsikkerhet	273	26	Understøtting av elektronisk samhandling	294
21.3.2	Gjeldende rett	273	26.1	Elektronisk samhandling som målsetting	294
21.3.3	Forslag i høringsnotatet	274	26.2	Allerede igangsatt arbeid med lov og forskrift	294
21.3.4	Høringsinstansenes syn	274	26.3	Stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse- og omsorgs-sektoren	295
21.3.5	Departementets vurderinger og forslag	275	26.4	Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger	295
21.3.5.1	Om pasientsikkerhet	275	26.4.1	Bakgrunn	295
21.3.5.2	Krav til systematisk pasientsikkerhetsarbeid	276	26.4.2	Gjeldende rett	295
21.3.5.3	Kvalitetsutvalgene	277	26.4.3	Behovet for endringer	296
22	Utdanning	278	26.4.4	Forslag i høringsnotatet	296
22.1	Innledning	278	26.4.5	Høringsinstansenes syn	297
22.2	Gjeldende rett	278	26.4.6	Departementets vurderinger og forslag	300
22.3	Forslag i St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen	278	26.5	Forsvarlige IKT-systemer og hensynet til elektronisk samhandling	301
22.4	Forslag i høringsnotatet	279	26.5.1	Gjeldende rett	301
22.5	Høringsinstansenes syn	279	26.5.2	Behov for endringer	302
22.6	Departementets vurderinger og forslag	280	26.5.3	Forslag i høringsnotatet	302
23	Forskning	282	26.5.4	Høringsinstansenes syn	302
23.1	Innledning og bakgrunn	282	26.5.5	Departementets vurderinger og forslag	302
23.2	Gjeldende rett	283	26.6	Krav til funksjonalitet og standarder	303
23.3	Forslag i høringsnotatet	283	26.6.1	Behovet for standardisering	303
23.4	Høringsinstansenes syn	283	26.6.2	Gjeldende rett	303
23.5	Departementets vurderinger og forslag	284	26.6.3	Høringsinstansenes syn	304
24	Beredskapsarbeid	286	26.6.4	Departementets vurderinger	305
24.1	Innledning	286	26.7	Sertifisering	305
24.2	Gjeldende rett	286	26.7.1	Hva er sertifisering?	305
24.2.1	Kommunehelsetjenesteloven	286	26.7.2	Behovet for sertifisering	306
24.2.2	Smittevernloven	287	26.7.3	Gjeldende rett	306
24.2.3	Sosialtjenesteloven	287	26.7.4	Forslag i høringsnotatet	306
24.2.4	Lov om helsemessig og sosial beredskap	287	26.7.5	Høringsinstansenes syn	306
24.2.5	Annen relevant beredskapslovgivning	288	26.7.6	Departementets vurdering	308
24.3	Forslag i høringsnotatet	288			
24.4	Høringsinstansenes syn	288			

Del IV	Samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak	311	28.7	Forholdet til regelverket om offentlige anskaffelser	333
27	Samarbeid mellom kommuner	313	28.7.1	Anskaffelsesreglene	333
27.1	Innledning	313	28.7.2	Overføring av oppgaver på forvaltningsrettslig grunnlag	334
27.2	Gjeldende rett	313	Del V	Pasient- og brukerrettigheter mv.	337
27.2.1	Krav til samarbeid etter kommune-helsetjenesteloven	313	29	Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – materielle rettigheter	339
27.3	Ulike interkommunale samarbeidsmodeller	314	29.1	Innledning	339
27.3.1	Innledning	314	29.2	Gjeldende rett	339
27.3.2	Interkommunalt styre etter kommuneloven § 27	314	29.2.1	Rett til nødvendig helsehjelp	339
27.3.3	Interkommunalt selskap	315	29.2.2	Rett til sosiale tjenester	340
27.3.4	Aksjeselskap	315	29.2.3	Særlige rettigheter	341
27.3.5	Vertskommune	315	29.2.3.1	Rett til øyeblikkelig hjelp	341
27.3.6	Forslag om ny samkommune-modell	316	29.2.3.2	Særlige rettigheter for barn	341
27.4	Forslag i høringsnotatet	317	29.2.3.3	Rettigheter under opphold i institusjon eller bolig etter sosialtjenesteloven kapittel 7	341
27.5	Høringsinstansenes syn	317	29.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	342
27.6	Departementets vurderinger og forslag	319	29.3.1	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ...	342
27.6.1	Departementets vurdering av de ulike samarbeidsmodellene i lys av ny fremtidig kommunerolle	319	29.3.2	Forslag i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste	342
27.6.2	Forslag til krav om samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner	319	29.3.3	St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen	342
28	Lovpålagt krav om lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak	321	29.4	Forslag i høringsnotatet	343
28.1	Innledning	321	29.5	Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester	343
28.2	Tidligere utredninger og forslag ..	321	29.5.1	Høringsinstansenes syn	343
28.3	Gjeldende rammeavtale mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet	322	29.5.2	Departementets vurderinger og forslag	344
28.4	Forslag i høringsnotatet	323	29.6	Strukturelle valg ved utforming av ny lovregulering	347
28.5	Høringsinstansenes syn	324	29.6.1	Høringsinstansenes syn	347
28.6	Departementets vurderinger og forslag	327	29.6.2	Departementets vurderinger og forslag	348
28.6.1	Lovfesting av samarbeidsavtaler ..	327	29.7	Rett til øyeblikkelig hjelp	348
28.6.2	Partsforhold i samarbeidsavtalene	329	29.7.1	Høringsinstansenes syn	348
28.6.3	Lovfesting av krav til samarbeidsavtalenes innhold	329	29.7.2	Departementets vurderinger og forslag	349
28.6.4	Organisering av samarbeid mellom kommuner og foretak – delt eierskap	331	29.8	Barns rett til helsekontroll	349
28.6.5	Frist for å inngå samarbeidsavtaler og innsending av avtaler ...	331	29.8.1	Høringsinstansenes syn	349
28.6.6	Avtaleperiode og oppsigelse av samarbeidsavtaler	332	29.8.2	Departementets vurderinger og forslag	350
28.6.7	Håndtering av uenighet mellom avtalepartene	332	29.9	Rett til verdig tjenestetilbud	350
			29.9.1	Høringsinstansenes syn	350
			29.9.2	Departementets vurderinger og forslag	350

29.10	Rettigheter under opphold i institusjon	352	31.6.1	Om kommunenes hovedansvar for å utarbeide individuell plan	363
29.10.1	Høringsinstansenes syn	352	31.6.2	Spesialisthelsetjenestens ansvar, samarbeids- og medvirkningsplikt	364
29.10.2	Departementets vurderinger og forslag	353	31.6.3	Forholdet til andre sektorer og tjenester	364
29.11	Særlig om rusmiddelavhengiges rettigheter	353	31.6.4	Om rett til koordinator	364
29.11.1	Høringsinstansenes syn	353	31.7	Departementets vurderinger og forslag	365
29.11.2	Departementets vurderinger og forslag	353	31.7.1	Generelt	365
30	Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – prosessuelle rettigheter	355	31.7.2	Rettighet og plikt	365
30.1	Innledning	355	31.7.3	Ansvarlig tjenestenivå ved behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten	365
30.2	Gjeldende rett	355	31.7.4	Koordinator i kommunen	366
30.2.1	Rett til medvirkning	355	31.7.5	Plikt for personell til å delta i arbeidet med individuell plan og plikt til å melde fra om behov for individuell plan	367
30.2.2	Rett til informasjon	355	31.7.6	Forholdet til andre sektorer og tjenester	368
30.2.3	Rett til samtykke	356	32	Andre ordninger som skal sikre et koordinert tjenestetilbud	369
30.2.4	Rett til å stå på liste hos fastlege ..	356	32.1	Innledning	369
30.2.5	Andre prosessuelle rettigheter	356	32.2	Gjeldende rett	369
30.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	357	32.2.1	Forskrift om habilitering og rehabilitering – plikt til å ha en koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten	369
30.4	Forslag i høringsnotatet	357	32.2.2	Fastlegenes koordinerende ansvar	369
30.5	Høringsinstansenes syn	358	32.2.3	Pasientansvarlig lege	370
30.6	Departementets vurderinger og forslag	359	32.3	Erfaringer med dagens ordninger	370
30.6.1	Rett til medvirkning og informasjon	359	32.3.1	Plikten til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten	370
30.6.2	Barns rett til medvirkning og barnets partsrettigheter under saksbehandlingen	360	32.3.2	Pasientansvarlig lege	371
30.6.3	Andre rettigheter	360	32.4	Forslag i høringsnotatet	371
31	Individuell plan – koordinator	361	32.5	Høringsinstansenes syn	371
31.1	Innledning	361	32.5.1	Generelt	371
31.2	Gjeldende rett	361	32.5.2	Nærmere om ansvaret til koordinerende enhet	371
31.2.1	Reglene om individuell plan i helse- og sosialovgivningen	361	32.5.3	Koordinator	372
31.2.2	Forskrift om individuell plan – plikt til å oppnevne koordinator ...	361	32.6	Departementets vurderinger og forslag	372
31.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	362	32.6.1	Generelt	372
31.3.1	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ..	362	32.6.2	Koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten	373
31.3.2	Forslag i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste	362	32.6.3	Koordinator i stedet for pasientansvarlig lege	374
31.3.3	Forslag i St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S fra helse og omsorgskomiteen	362			
31.4	Erfaringer med individuell plan ...	363			
31.5	Forslag i høringsnotatet	363			
31.6	Høringsinstansenes syn	363			

33	Pasienters og brukeres innflytelse	376	35.2.4	Hvilke premisser ble lagt i forarbeidene til kommuneloven kapittel 10 A?	400
33.1	Innledning	376	35.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	400
33.2	Gjeldende rett	376	35.3.1	NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren og Ot.prp. nr. 97 (2005-2006)	400
33.3	Forslag i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste	376	35.3.2	Meld. St. 7 (2009-2010) Gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene	401
33.4	Forslag i høringsnotatet	376	35.3.3	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ..	401
33.5	Høringsinstansenes syn	376	35.4	Evaluering av integrering av fylkeslegeembetet i fylkemannsombetet	401
33.6	Departementets vurderinger og forslag	377	35.5	Forslag i høringsnotatet	402
Del VI	Klage- og tilsynsordninger	379	35.6	Høringsinstansenes syn	402
34	Klageordning	381	35.6.1	Generelt	402
34.1	Innledning	381	35.6.2	Regional tilsynsinstitusjon	402
34.2	Organisering av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket	381	35.6.3	Tilsyn med spesialisthelsetjenesten	405
34.3	Gjeldende rett	382	35.6.4	Forholdet til kommuneloven kapittel 10 A – myndighet til å gi pålegg	406
34.3.1	Sosialtjenesteloven	382	35.7	Departementets vurderinger og forslag	407
34.3.2	Kommunehelsetjenesteloven	383	35.7.1	Overordnet faglig tilsyn	407
34.3.3	Pasientrettighetsloven	383	35.7.2	Hvem bør være regional tilsynsinstitusjon?	408
34.3.4	Forvaltningsloven	384	35.7.3	Harmonisering av tilsynet til prinsippene i kommuneloven kapittel 10 A – lovlig tilsyn mv. ..	409
34.4	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ..	385	35.7.4	Myndighet til å gi pålegg	409
34.5	Forslag i høringsnotatet	385	35.7.5	Nærmere om forslaget til lovendringer	409
34.6	Høringsinstansenes syn	386	Del VII	Særregulering i forhold til enkelte grupper	411
34.6.1	Generelt	386	36	Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning	413
34.6.2	Klageinstans	386	36.1	Innledning	413
34.6.3	Klageinstansens kompetanse	389	36.2	Gjeldende rett	413
34.6.4	Forslaget om å oppheve pasientrettighetsloven § 7-1 og endre pasientrettighetsloven § 7-2	391	36.2.1	Generelt	413
34.7	Departementets vurderinger og forslag	392	36.2.2	Virkeområde	413
34.7.1	Generelt	392	36.2.3	Rett til medvirkning og informasjon – krav til forebygging	414
34.7.2	Hva bør det være adgang til å klage på?	392	36.2.4	Vilkår for bruk av tvang og makt – i hvilke situasjoner kan tvang og makt brukes?	414
34.7.3	Hvem skal klagen sendes til?	392			
34.7.4	Underinstansens kompetanse	393			
34.7.5	En eller to klageinstanser?	393			
34.7.6	Felles klage- og tilsynsinstitusjon	393			
34.7.7	Overordnet faglig ansvar og direkte styringslinje	394			
34.7.8	Hvem bør være klageinstans?	394			
34.7.9	Klageinstansens kompetanse	395			
35	Tilsyn	398			
35.1	Innledning	398			
35.2	Gjeldende rett	398			
35.2.1	Tilsyn med helsetjenesten	398			
35.2.2	Tilsyn med sosialtjenesten	399			
35.2.3	Kommuneloven kapittel 10 A	399			

36.2.5	Kommunens saksbehandling og Fylkesmannens overprøving ...	415	38.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	429
36.2.6	Krav til gjennomføring og evaluering	415	38.3.1	St. meld nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene	429
36.2.7	Klage og overprøving i tingretten	416	38.3.2	Høringsnotat 2004 – Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester	429
36.2.8	Spesialisthelsetjenestens ansvar og rolle	416	38.3.3	NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene	430
36.3	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ..	416	38.3.4	St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer ...	430
36.4	Forslag i høringsnotatet	417	38.4	Forslag i høringsnotatet	430
36.5	Høringsinstansenes syn	417	38.5	Høringsinstansenes syn	430
36.6	Departementets vurderinger og forslag	418	38.6	Departementets vurderinger og forslag	431
37	Særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige, herunder bruk av tvang	419	39	Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet	432
37.1	Innledning	419	39.1	Innledning	432
37.2	Gjeldende rett	419	39.2	Gjeldende rett	432
37.2.1	Plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende	419	39.3	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene	433
37.2.2	Inntak og tilbakehold i institusjon uten samtykke	419	39.4	Forslag i høringsnotatet	433
37.2.3	Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige	420	39.5	Høringsinstansenes syn	433
37.2.4	Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke	420	39.6	Departementets vurderinger og forslag	435
37.2.5	Saksbehandlingsregler og overprøvingsadgang	420	40	Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter	437
37.3	Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ..	421	40.1	Innledning	437
37.4	Evalueringsrapport	421	40.2	Gjeldende rett	437
37.5	Forslag i høringsnotatet	422	40.3	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter	438
37.6	Høringsinstansenes syn	422	40.3.1	NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten	438
37.7	Departementets vurderinger og forslag	422	40.3.2	St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen	438
Del VIII	Økonomiske virkemidler og finansiering	425	40.4	Forslag i høringsnotatet	439
38	Finansiering og egenbetaling ..	427	40.5	Høringsinstansenes syn	439
38.1	Innledning	427	40.6	Departementets vurderinger og forslag	440
38.2	Gjeldende rett	427	40.6.1	Departementets prinsipielle vurderinger og forslag	440
38.2.1	Kommunens ansvar for utgifter til helse- og sosialtjenesten	427	40.6.2	Forslag til regulering i lov	441
38.2.2	Finansiering av, og egenbetaling for, pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon	427	40.6.3	Nærmere om fremtidig forskrift om kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter – forholdet til samarbeidsavtalene	441
38.2.3	Finansiering av, og egenbetaling for, pleie- og omsorgstjenester i institusjon	428			
38.2.4	Folketrygdens finansiering av, og egenandeler for, kommunale helsetjenester	428			

41	Kommunal medfinansiering	442	44	Tildeling av avtalehjemler for lege- og psykologspesialister ...	468
41.1	Innledning	442	44.1	Gjeldende rett	468
41.2	Gjeldende rett	442	44.2	Forslag i høringsnotatet	468
41.3	St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen	442	44.3	Høringsinstansenes syn	468
41.4	Utredning av ulike finansieringsmodeller	443	44.4	Departementets vurderinger og forslag	468
41.5	Forslag i høringsnotatet	443			
41.6	Høringsinstansenes syn	443	Del X	Økonomiske og administrative konsekvenser, oppfølging og evaluering	469
41.7	Departementets vurderinger og forslag	445			
Del IX	Andre temaer og forslag	447	45	Økonomiske og administrative konsekvenser	471
42	Meldeordning for spesialisthelsetjenesten	449	45.1	Innledning	471
42.1	Innledning	449	45.2	Høringsinstansenes syn	471
42.2	Bakgrunn	449	45.3	Økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen	473
42.3	Kunnskapsgrunnlag og internasjonale anbefalinger	450	45.4	Nærmere om økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslagene	473
42.4	Gjeldende rett	451	45.4.1	Forholdet til andre lover	473
42.5	Helsetilsynet i fylkets håndtering av meldingene	451	45.4.2	Kommunens ansvar og plikter	474
42.6	Forslag i høringsnotatet	452	45.4.3	Samarbeid	476
42.7	Høringsinstansenes syn	453	45.4.4	Pasient- og brukerrettigheter	476
42.7.1	Hovedlinjer	453	45.4.5	Klage- og tilsynsordninger	477
42.7.2	Nærmere om høringsuttalelsene	453	45.4.6	Særregulering av enkelte grupper	478
42.8	Departementets vurderinger og forslag	458	45.4.7	Økonomiske virkemidler og finansiering	478
42.8.1	Innledning	458	45.4.8	Andre temaer og forslag	478
42.8.2	Endret meldeordning og forholdet til styringslinjen	459	46	Oppfølging og evaluering av forslagene	480
42.8.3	Helsetilsynets informasjonsbehov	459	46.1	Forskriftsarbeid	480
42.8.4	Kunnskapscenterets rolle	461	46.2	Evaluering	480
42.8.5	Anonymitet og konfidensialitet i endret meldeordning	462	Del XI	Merknader til lovforslagene	483
42.8.6	Forbud mot bruk av meldinger som grunnlag for administrative reaksjoner mv. mot det enkelte helsepersonell	462	47	Merknader til forslag om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	485
42.8.7	Meldeordningens omfang	463	48	Merknader til forslag til endringer i andre lover	507
42.8.8	Etablering av helseregister	463			
43	Forebygging i spesialisthelsetjenesten	465			
43.1	Innledning	465			
43.2	Gjeldende rett	465			
43.3	Forslag i høringsnotatet	465			
43.4	Høringsinstansenes syn	465			
43.5	Departementets vurderinger og forslag	466			
				Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)	522



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 91 L

(2010–2011)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. april 2011,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

Del I
Innledning – bakgrunn for forslagene

1 Proposisjonens hovedinnhold

1.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg foreslås det endringer i andre lover, blant annet i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Departementet viser også til Prop. 90 L (2010-2011) hvor det foreslås ny folkehelselov som blant annet skal erstatte lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og enkelte bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven.

Proposisjonen er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* og Innst. 212 S (2009-2010) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*. I tillegg følger proposisjonen opp NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* og NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste*.

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Reformen skal også bidra til en mer effektiv ressursbruk samlet sett, og sikre en bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren. Målene med samhandlingsreformen er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehus tjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Forslaget til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester («sørgeforansvar»), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. I forslaget oppheves det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstans. Det foreslås at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Forslaget innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, men at de samles i pasientrettighetsloven. Det vil medføre at rettighetene blir mer entydige og helhetlige for pasientene og brukerne, som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunen eller til tjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har allerede i dag et slikt ansvar, men det foreslås at dette tydeliggjøres i loven. Dette må særlig ses i sammenheng med forslaget til ny lov om folkehelsearbeid.

Lovforslaget skal sikre bedre samhandling innad i kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og regionale heleforetak skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås også å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene. Et lovfestet avtalesystem vil kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre en mer enhetlig praksis.

I punkt 1.2 er det inntatt en mer konkret redegjørelse for forslagene som diskuteres i proposisjonens ulike kapitler.

De lovforslag som foreslås i denne proposisjonen og proposisjonen om forslag til ny folkehelse- lov, samt forslag i stortingsmeldingen om nasjonal helse- og omsorgsplan, er sentrale virkemidler for å understøtte og realisere målene med samhandlingsreformen.

1.2 Oppsummering av proposisjonens forslag

I proposisjonens *kapittel 2* er det redegjort kort for *bakgrunnen for proposisjonen*. Samhandling og samhandlingsrelaterte problemstillinger har vært diskutert i flere offentlige dokumenter, og kapitlet redegjør kort for disse.

I *kapittel 3* er det gitt en redegjørelse for dagens helse- og omsorgstjeneste i kommunene, og da med hovedfokus på *sentrale utviklingstrekk de senere år og fremtidige utfordringer* for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementets vurdering av *fremtidens kommunerolle* er beskrevet i *kapittel 4*. I *kapittel 5* er det gitt en redegjørelse for *sentrale verdier, prinsipper og føringer for forslag til ny lovregulering*.

I proposisjonens *kapittel 6* er det inntatt en kort redegjørelse for *sentrale hovedtrekk i lovforslaget*. I *kapittel 7* drøftes *lovforslaget struktur, formål og virkeområde*. Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal erstatte og harmoniserer dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. Skillet mellom helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenester etter sosialtjenesteloven vil dermed bli opphevet. Forslag til ny lov vil medføre en felles tjeneste med felles regelverk.

Forholdet til spesialisthelsetjenesteloven omtales i *kapittel 8*. Det fremgår her at det eksisterer en overlappende grenseflate mellom de to tjenestenivåene, men at det ikke anses hensiktsmessig å regulere denne i detalj. Lovpålagte lokale avtaler anses som et viktig tiltak for en felles forståelse for hvilke oppgaver de to tjenestenivåene skal løse.

Forholdet til annen lovgivning er drøftet i proposisjonens *kapittel 9 og 10*. I *kapittel 10* foreslås det at *helsepersonelloven* skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven. Dette vil innebære at personell som i dag yter tjenester omfattet av sosialtjenesteloven, men som ikke er å anse for helsehjelp i henhold til helsepersonellovens definisjon, i fremtiden vil være underlagt helsepersonellovens bestemmelser om yrkesutøvelsen.

I *kapittel 11* drøftes forholdet til *forvaltningsloven*. Etter pasientrettighetsloven er hovedregelen

at forvaltningsloven ikke gjelder ved tildeling av helsehjelp. I dag gjelder imidlertid forvaltningsloven ved tildeling eller bortfall av sykehjemsplass og for vedtak om hjemmesykepleie og omsorgstjenester. Det foreslås at forvaltningsloven som hovedregel skal gjelde for kommunenes virksomhet. For vedtak etter pasientrettighetsloven foreslås det at forvaltningsloven *kapittel IV og V* om enkeltvedtak ikke skal få anvendelse. Etter departementets vurdering bør imidlertid reglene om enkeltvedtak fortsatt gjelde ved tildeling av visse tjenester. Departementet foreslår derfor at forvaltningsloven skal gjelde for vedtak om bestemte tjenester hvis hjelpen forventes å vare lenger enn to uker. Dette skal innebære en smidigere ordning enn i dag i tilfeller der det er nødvendig å gi akutt og kortvarig hjelp, for eksempel ved behov for korttidsplass i institusjon.

Lovforslaget tydeliggjør *kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester* i form av et såkalt «sørge-for-ansvar», jf. nærmere om dette i *kapittel 12*. Denne reguleringsformen tilsvarer det som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Den foreslåtte reguleringen vil innebære en tydelig ansvars plassering, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. I henhold til forslaget vil kommunen bli gitt stor frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles. For å tydeliggjøre hva sørge-for-ansvaret innebærer, foreslås det presisert at kommunen må planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov og forskrift. Tilsvarende presisering foreslås også i spesialisthelsetjenesteloven. Det foreslås lovregulert at kommuner og regionale helseforetak skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere, og at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Kommunens plikt til å sørge for konkrete helse- og omsorgstjenester omtales i *kapitlene 13 til 15*. *Gjeldende rett* gjengis i *kapittel 13*. I *kapittel 14* drøftes *lovgivningens detaljeringsgrad og profesjonsnøytralitet* på prinsipielt grunnlag. Departementet foreslår å lovfeste en overordnet og profesjonsnøytral angivelse av kommunens plikter. Etter departementets vurdering vil en slik overordnet måte å regulere kommunens plikter på være mer dynamisk og anvendbar i forhold til helsefaglig utvikling og nye måter å organisere tjenestetilbudet på. Forslaget vil gi større mulighet

for lokale tilpasninger, handlefrihet og en hensiktsmessig organisering av tjenestene ut fra lokale ønsker og behov. Forslaget gir kommunene større frihet når det gjelder sammensetning av nødvendig fagkompetanse for å oppfylle kommunens plikter. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra flere fagprofesjoner. Med unntak av begrepet «fastlegeordning» er lovforslaget profesjonsnøytralt. Grunnen til at leger er nevnt i lovteksten er ikke at leger skal settes i en særstilling lovgivningsmessig, men at fastlegeordning er et organisatorisk krav til kommunen som følgelig må lovfestes. Profesjonsnøytral lovgivning vil understøtte tjenesteytelse på tvers av fagprofesjoner og samarbeid mellom deltjenester. Profesjonsnøytral lovgivning vil også motvirke at lovfestede profesjoner etter helsepersonelloven fremstår som mer viktige enn de som ikke er eksplisitt lovfestet. *Konkretiseringen av tjenestene* drøftes i *kapittel 15*. Departementet foreslår blant annet å videreføre ordningen med brukerstyrt personlig assistanse ved at kommunen skal ha plikt til å tilby denne ordningen.

I *kapittel 16* omtaler departementet forslaget om lovpålagt plikt for kommunene til å sørge for *tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp*. For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelse for pasienter og brukere som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse eller behandling, vil det være av stor betydning at kommunene etablerer tilbud om døgnopphold. Plikten er avgrenset til pasientgrupper der et slikt tilbud anses som like bra eller bedre enn innleggelse ved sykehus. Plikten fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra de regionale helseforetakene til kommunene i perioden 2012 til 2015. Innføring av døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp i kommunene vil innebære en oppgaveoverføring fra heleforetakene til kommunene. Det tas sikte på at bestemmelsen skal tre i kraft 1. januar 2016.

I proposisjonens *kapittel 17* foreslås det en tydeliggjøring av kommunens ansvar for *helsefremmende og forebyggende arbeid*. Kommunen har allerede i dag et slikt ansvar, men dette foreslås tydeliggjort i lovforslaget. Kommunens samlede ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid må sees i sammenheng med forslag til ny folkehelselov, se Prop. 90 L (2010-2011).

Departementet foreslår i *kapittel 18* å videreføre dagens *kommunelegeordning*. Departementet mener at medisinskfaglig og samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i kommunene for å utføre de oppgavene de er ansvarlige for av ikke-kli-

nisk karakter etter dette lovforslaget og etter forslaget til ny folkehelselov.

Etter departementets vurdering har *fastlegene* en helt sentral rolle for å nå målsettingene for samhandlingsreformen. I *kapittel 19* foreslås en presisering av gjeldende forskriftshjemmel om at det kan gis forskrifter om kvalitets- og funksjonskrav. I den forbindelse tar departementet sikte på å foreslå endringer i fastlegeforskriften, slik at mer vil bli regulert i forskrift og mindre i avtaleverket. Departementet vil vurdere forslag for å presisere og utdype fastlegeforskriften med hensyn til hvilke tjenester fastlegene har ansvar for å gi innbyggerne på sin liste, samt vurdere innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende krav om rapportering. Det overordnede målet med slike forskriftsforslag vil være å øke kvaliteten på de tjenester innbyggerne mottar hos sin fastlege og å sikre at prioriterte oppgaver ivaretas av fastlegene. Slike forskriftsforslag vil også ha som mål å etablere et tydeligere nasjonalt rammeverk for fastlegeordningen, noe som kan bidra til bedre kommunal styring.

Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. På individnivå er dette allerede presisert for helsepersonell gjennom helsepersonelloven § 4, mens det på systemnivå er mer indirekte og fragmentarisk regulert. I proposisjonens *kapittel 20* foreslås det derfor å presisere *forsvarlighetskrav på systemnivå*. Forsvarlighetsplikten vil innebære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det foreslås også presisert i lovforslaget at forsvarlighetsplikten vil innebære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud. Se også *kapittel 29* hvor det foreslås å lovfeste i pasientrettighetsloven at den enkelte pasient eller bruker har rett til verdig tjenestetilbud.

Departementet foreslår i *kapittel 21* å lovfeste *krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid* i alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette setter en retning og en visjon for helse- og omsorgstjenesten og vil harmonere godt med det arbeidet som er nedlagt over mer enn 15 år i forbindelse med de nasjonale kvalitetsforbedringsstrategiene.

I samme *kapittel* foreslår departementet å innføre lovbestemt krav om at alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse-

og omsorgstjenesten skal drive *systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten*. Helse- og omsorgstjenesten er til for å hjelpe pasienter og brukere, og de aller fleste får god hjelp. Enkelte ganger skjer det likevel uønskede hendelser. Pasientsikkerhet handler om vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Det må skapes en kultur hvor det er åpenhet om uønskede hendelser og risikoområder slik at man kan lære av feil og iverksette tiltak for å forebygge at lignende skjer igjen. Erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende er viktige bidrag inn i pasientsikkerhetsarbeidet.

Regulering av kommunens ansvar for *undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning* er drøftet i *kapittel 22*. Departementet foreslår her videreføring av gjeldende rett. *Forskning* er omtalt i *kapittel 23*, hvor det foreslås en ny bestemmelse om at kommunen skal medvirke til, og tilrettelegge for, forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I *kapittel 24* omtales regulering av kommunens *beredskapsarbeid*. Lovfesting av krav til *politiattest* for personell som yter tjenester omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er omhandlet i proposisjonens *kapittel 25*. Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett for beredskapsarbeid og krav om politiattest.

Det er i dag et problem for effektiv samhandling at IT-systemer i deler av helsetjenesten ikke bruker de standardene som er utviklet for *elektronisk samhandling*. Det medfører at systemene ikke kan snakke sammen. I ny lov foreslås det å gi departementet myndighet til å stille krav i forskrift om at behandling av helseopplysninger, herunder dokumentasjon og kommunikasjon, skal skje elektronisk, se *kapittel 26*. Eksisterende forskriftshjemler vil kunne tas i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løsninger. Helseinstitusjon omfattet av spesialhelsetjenesteloven og kommunene skal videre ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Samlet sett kan dette bidra til en mer effektiv utveksling av viktige pasientopplysninger og dermed også bedre helsehjelp.

I *kapittel 27* er det redegjort nærmere for ulike former for *samarbeid mellom kommuner* ved ytelse av helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår i *kapittel 28* *lovfesting av et lokalt avtalesystem mellom kommunen og regionale helseforetak eller helseforetak*. Avtalene skal blant annet etablere en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse. Det lov-

pålagte avtalesystemet skal bidra til å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalen, og sikre en mer enhetlig praksis. Tjenesteyterne skal samhandle og koordinere tjenestene slik at pasient og bruker mottar en helhetlig tjeneste, i form av et planlagt og sammenhengende forløp av tjenester. En annen viktig målsetting i reformen er å dempe antall innleggelser i sykehus og å lette utskrivning av pasienter som er utskrivningsklare. Sett fra den kommunale helse- og omsorgstjenestens ståsted vil det være en målsetting å få til ordninger som gjør det enklere å planlegge innleggelse i sykehus til rett tid, idet lange ventelister i spesialisthelsetjenesten vil være kostnadskrevenende for kommunene fordi de i ventetiden ofte vil måtte yte hjemmebaserte tjenester. Avtalebasert samarbeid vil være et godt verktøy for å nå disse målsettingene.

Forslaget til ansvarsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og ny helse- og omsorgstjenestelov lovfester ansvar og oppgaver på et overordnet nivå. I avtalene kan imidlertid partene bli enige på et mer detaljert nivå om hvilke konkrete oppgaver partene til enhver tid skal utføre i et pasientforløp. Dette vil bidra til å klargjøre de «gråsoner» man ser i dag mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Det foreslås i *kapitlene 29 og 30* at den enkelte *pasients eller brukers rettigheter skal reguleres i pasientrettighetsloven* og at rettighetsomfanget videreføres på dagens nivå. Det at pasientrettighetsloven skal komme til anvendelse vil få betydning for pasienter og brukere som i dag ber om eller mottar tjenester omfattet av sosialtjenesteloven. I dag er både kommunens plikter og den enkeltes rettigheter samlet i sosialtjenesteloven. I henhold til lovforslaget skal kommunens ansvar og plikter reguleres i den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven som utformes som en ren tjenestelov, mens den enkelte pasients eller brukers rettigheter vil bli samlet i pasientrettighetsloven. Det å samle rettighetsbestemmelsene i pasientrettighetsloven følger av ønsket om å harmonisere regelverket, samtidig som felles regulering av rettigheter også vil kunne bidra til bedre samhandling mellom forskjellige tjenesteytere og de ulike forvaltningsnivåer. Det antas også at en felles og samlet regulering vil gjøre regelverket om rettigheter mer tilgjengelig for pasienter og brukere. Lovens tittel foreslås endret til pasient- og brukerrettighetsloven. I *kapittel 29* foreslås også å lovfeste at den enkelte pasient eller bruker har rett til verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien), se også *kapittel 20* hvor det foreslås å presisere i lovforslaget at forsvarlighetsplikten vil inne-

bære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud.

Ordningen med *individuell plan* er drøftet i *kapittel 31*. Etter forslag i *kapittel 32* skal det lovfestes at kommunene har plikt til å oppnevne en *koordinator* for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Funksjonen blir tydeliggjort ved at det lovfestes at koordinator skal ha hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, og at koordinator skal sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Dagens ordning i spesialisthelsetjenesten med pasientansvarlig lege foreslås ikke videreført. Ordningen foreslås erstattet med koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Lovfesting av kommunens ansvar for å sørge for *pasienters- og brukeres innflytelse* drøftes i *kapittel 33*. Departementet foreslår at det for kommunene innføres en ordning som tilsvarer den som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Ordningen innebærer at kommunene må ha en systematisk tilnærming til å involvere pasienter og brukere i utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Regler om *klage og tilsyn* er omtalt i henholdsvis *kapittel 34* og *kapittel 35*. Klageordningen foreslås regulert i pasientrettighetsloven, med tilpassning til reglene om klage i forvaltningsloven. Det foreslås at lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal gjelde for virksomhet og personell med de særreglene som følger av en egen bestemmelse om tilsyn i den nye loven. Departementet foreslår at Fylkesmannen skal være klageinstans og regional tilsynsinstans.

Sosialtjenesteloven har særskilte regler om *bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*. Departementet har redegjort for dette regelverket i *kapittel 36*. I *kapittel 37* er det redegjort for sosialtjenestelovens regler om *tiltak overfor rusmiddelavhengige, herunder tvang*. Det er et mål på sikt at reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten blir bedre samordnet enn de er i dag. Departementet har imidlertid ikke utredet dette nærmere i denne omgang. Forslagene i proposisjonen om regulering av tvang er derfor i hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Det er foreslått noen mindre tilpassninger for at reglene kan videreføres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Finansiering og egenbetaling er diskutert i *kapittel 38*. Departementet foreslår å videreføre dagens hovedregel om at det er den enkelte kom-

mune som er ansvarlig for utgifter til de helse- og omsorgstjenester de er forpliktet til å yte. Det foreslås hjemmel til i forskrift å fastsette nærmere regler om egenbetaling.

I *kapittel 39* har departementet diskutert *økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner* i tilfeller hvor personer mottar helse- og omsorgstjenester under midlertidig opphold i en annen kommune enn hjemstedskommunen. Det foreslås at lovverket fortsatt bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel, slik at det er den kommune hvor den enkelte pasient eller bruker oppholder seg, som til enhver tid er ansvarlig for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å sikre et nyanisert og fleksibelt regelverk foreslår departementet en forskriftshjemmel til å gi nærmere bestemmelser om utgiftsfordeling mellom kommuner.

I *kapittel 40* drøftes ordningen med *kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter*. Det foreslås lovfestet at kommunene skal ha ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag en, og det foreslås at kommuner og regionale helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler om utskrivningsklare pasienter. Videre foreslås at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingsstaser.

Ordningen med *kommunal medfinansiering* er beskrevet i proposisjonens *kapittel 41*, og omhandler kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialhelsetjenesten. Det foreslås lovhjemmel for departementet til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar.

I *kapittel 42* drøfter departementet *flytting av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3* fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det foreslås å endre meldeordningen slik at ordningen blir et rent utviklings- og læringssystem. Ved å flytte meldeordningen fra Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket, kan helsepersonell melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner. Dette er i tråd med internasjonale anbefalinger. Uønskede hendelser kan på denne måten i større grad brukes som grunnlag for årsaksanalyse og læring for å forebygge og redusere faren for pasientskader. I tillegg foreslår departementet å lovfeste den prøveordningen som ble etablert 1. juni 2010. Det innebærer blant annet at helseforetak vil få en lovpålagt plikt til å varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn.

I *kapittel 43* redegjør departementet for behovet for å tydeliggjøre at *spesialisthelsetjenesten* har et ansvar for å bidra i folkehelsearbeidet og

arbeide sykdomsforebyggende. Det foreslås et nytt andre ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a hvor det fremgår at de regionale helseforetakene skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade.

I *kapittel 44* foreslår departementet en forskriftshjemmel til å regulere kriteriene for tildeling og hvordan prosess ved *tildeling av avtalehjemler for lege- og psykologspesialister* skal gjennomføres. Departementet mener at en slik forskriftsregulering kan bidra til en god og mer effektiv saksbehandling og sikre en likeartet praksis i hele landet.

I *kapittel 45* har departementet inntatt en samlet redegjørelse for *administrative og økonomiske konsekvenser* av forslagene. I *kapittel 46* redegjøres det for videre *forskriftsarbeid* og behovet for *evaluering* av loven.

I *kapitlene 47 og 48* er det inntatt *spesielle merknader* til lovforslaget.

Helt til slutt i proposisjonen er *forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* tatt inn. Lovforslaget innebærer at det er behov for å gjøre endringer i 41 andre lover, hvorav det foreslås betydelige endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

2 Bakgrunn for proposisjonen

2.1 Innledning

Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede med et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie, sykehjem eller legetjenesten. Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelavhengige og personer med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling.

Helsetjenestens to forvaltningsnivåer er forankret i kommunene og de statlige foretakene. Også innenfor helseforetakene og kommunene er det en rekke organisatoriske inndelinger. I tillegg skal helsetjenesten forholde seg til andre sektorer, for eksempel NAV-kontor, barnevern og skole. Det er derfor nødvendig at mange virksomheter og personell med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse må samhandle med hverandre både innenfor og utenfor helse- og omsorgstjenesten.

En hensiktsmessig innrettet lovgivning er et virkemiddel for å oppnå bedre samhandling. Denne proposisjonen bygger i stor grad på tidligere omtale av behovet for samhandling i ulike offentlige utredninger og meldinger.

NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* (Berntutvalget) hadde som mandat å utrede og foreslå tiltak for bedre harmonisering av de kommunale helse- og sosialtjenestene. Utvalget anbefalte å erstatte dagens to lover med én felles harmonisert kommunal sosial- og helse- og omsorgstjenestelov. Dette skulle gjøre regelverket lettere å bruke for både tjenestemottakere og tjenesteyttere. Det var også en viktig målsetting å hindre ulikheter i regelverket ettersom dette vanskeliggjør samordning av, og samhandling mellom, de ulike tjenestene.

NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste* (Wisløffutvalget) hadde

som mandat å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utvalget mente at pasientperspektivet og behovet for helhet måtte inn som en sentral del av planleggingen av helse- og omsorgstjenesten. Brukermedvirkning, individuell plan og pasientopplæring var viktige virkemidler. Videre ønsket utvalget å styrke samhandlingen mellom tjenesteutøverne ved hjelp av blant annet avtaler, effektiv informasjonsutveksling, kunnskapsutvikling og sterkere styring av allmennlegetjenesten. Økonomiske og organisatoriske grep ble også drøftet.

Etter at Berntutvalget la frem sin innstilling er det etablert en ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV). I tillegg er enkelte deler av sosialtjenesteloven nylig skilt ut i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette gjelder reglene om økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad.

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* er det presentert enkelte grep og overordnede prinsipper som skal sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene ved den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet. Stortinget behandlet meldingen våren 2009. Helse- og omsorgskomiteen avga i den forbindelse Innst. 212 S (2009-2010). Meldingen og innstillingen omtales nærmere i kapittel 4 og i tilknytning til de enkelte forslagene.

Finansielle virkemidler for å fremme samhandling omtales i de årlige statsbudsjettene.

Departementet viser også til Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Føringsplanen for Nasjonal helse- og omsorgsplan er blant annet gitt i Soria Moria II-erklæringen, der det heter at «Nasjonal helseplan skal videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester». Konkretisering og gjennomføring av samhandlingsreformen vil være en vesentlig del av planen. Som et ledd i arbeidet

med planen har det vært gjennomført en internettbasert høring parallelt med høringen av her-
værende lovforslag og høring av forslag til ny folke-
helselov.

2.2 Nærmere om høringsnotat om forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

2.2.1 Innledning

Høringsnotat om forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble sendt på høring 18. oktober 2010 med høringsfrist 18. januar 2011.

I punkt 2.1 er det redegjort nærmere for bakgrunnen for høringsnotatet. Dette må sees i sammenheng med proposisjonens kapittel 3 hvor det er redegjort for utviklingstrekk og fremtidige utfordringer for helse- og omsorgstjenestene i kommunene, og kapittel 4 om fremtidens kommunerolle. Departementet viser i den forbindelse også til proposisjonens kapittel 5 hvor det er redegjort for sentrale føringer for lovendringsforslagene.

I høringsnotatet foreslo departementet at en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skulle erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg ble det foreslått en rekke materielle endringer i andre lover, i første rekke i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Det ble også foreslått endringer av mer regelteknisk art i en rekke lover.

2.3 Høringsinstansenes syn på høringen

Departementet har i høringsperioden mottatt en del forespørsler fra ulike høringsinstanser om forlenget høringsfrist. Regjeringen tar sikte på å starte gjennomføringen av samhandlingsreformen fra 2012. Forslagene til ny helse- og omsorgstjenestelov og ny folkehelselov utgjør det juridiske grunnlaget for reformen. Departementet har i arbeidet med lovforslagene hatt knappe tidsfrister, og av den grunn har ikke departementet innvilget høringsinstanser utsatt høringsfrist.

En del høringsinstanser er kritiske til fristen og at sentrale punkter i høringen ikke er ferdig utredet fra departementets side. *Stavanger kommune* uttaler følgende:

«Det er en generell utfordring i forhold til høringen at sentrale punkt ikke er ferdig utredet fra departementets side, eller skal utdypes

nærmere i forskrifts form på et senere tidspunkt. Dette gjør det vanskelig for kommunen å overskue konsekvensene av de ulike forslagene. Problematikken forsterkes av at høringsinstansene har fått svært kort høringsfrist sett i sammenheng med høringens omfang og betydning. Stavanger kommune forutsetter at departementet legger opp til egne høringer på samtlige punkt som ikke er klarlagt pr i dag.»

Oslo kommune uttaler følgende:

«Det er en meget omfattende høringssak og det er gitt en kort frist. Lovendringene er foreslått som ledd i gjennomføringen av samhandlingsreformen, men når grunnleggende forhold i reformen slik som finansieringen og oppgavefordelingen mellom nivåene fortsatt ikke er avklart kan kommunen ikke ta stilling til lovforslagene uten vesentlige forbehold. Oslo kommune gir i høringsuttalelsen klart uttrykk for at eventuelle nye oppgaver for kommunen, som følge av endret arbeidsfordeling mellom stat og kommune, iverksettes gradvis og styrt, og kompenseres fullt ut fra statens side.»

Målselv kommune kommenterer høringsfristen slik:

«Vi opplever at det har vært kort høringsfrist på en så viktig sak som dette er for kommunene. Høringsnotatet er stort og omfattende og det er behov for tid og ressurser for å kunne sette seg inn i dette viktige materialet. En høringsfrist på 3 måneder i en periode hvor administrasjonen og politikerne i kommunene jobber med viktig budsjettplanarbeid, oppleves som veldig knapp for å sikre en kvalitetsmessig god behandling.»

Andre høringsinstanser gir uttrykk for at høringsfristen ikke tillater en normal høringsrunde internt i organisasjonen. Blant annet *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon* uttaler:

«Høringsnotatene er omfattende og til dels vanskelig tilgjengelige. FFO reiser spørsmål ved om normal tre måneders høringsfrist, med jula i midten, gir høringsinstansene reell påvirkningsmulighet. For mange av høringsinstansene, også våre medlemsorganisasjoner, er det umulig å gjennomføre normale saksbehandlingsrutiner på så kort tid med så omfattende høringsdokumenter.»

2.4 Nærmere om høringen

Høringsnotatet ble sendt på høring til følgende instanser:

Akademikerne
Arbeids- og velferdsdirektoratet
Arbeidsgiverforeningen SPEKTER
Autismeforeningen i Norge
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Barneombudet
Cerebral Parese foreningen
Datatilsynet
Demensforeningen
Den Norske Advokatforening
Den norske Dommerforening
Den norske Helsingforskomité
Den norske jordmorforening
Den norske Kreftforening
Den norske legeförening
Departementene
Det norske Diakonforbund
Direktoratet for nødkommunikasjon
Fagforbundet
Fellesorganisasjonen FO
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon
Helse- og sosialgruppe for innvandrere (IHSG)
Helse- og sosialombudet i Oslo (eldreombudet)
Helsedirektoratet
Helsetilsynet i fylkene
Hospiceforum Norge
Human Rights Service (HRS)
Innvandrerne Landsorganisasjon (INLO)
Kirkens Bymisjon
Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)
Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH)
Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndighetene (KIM)
Landets fylkesmenn
Landets høyskoler (m/helsefaglig utdanning)
Landets kommuner
Landets pasientombud
Landets regionale helseforetak
Landets universiteter
Landsforeningen for private sykehus (PRISY)
Landsforeningen for trafikkskadde
Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende
Landslaget for offentlige pensjonister
Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Legeföreningens forskningsinstitutt
Likestillings- og diskrimineringsombudet

Likestillingssenteret
Medborgernes Menneskerettighets kommisjon
Mental Helse Norge
MiRA Ressurssenter for innvandrere- og flyktningkvinner
Nasjonal kompetanseenhet om minoritetshelse
Nasjonalföreningen for folkehelsen
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin
Nettverket for Private helsevirksomheter
NGO-forum for menneskerettigheter v/Den norske Helsingforskomité
Nordea Pensjonistforening
Norges Astma og allergiforbund
Norges Blindeforbund
Norges Diabetesforbund
Norges Døveforbund
Norges Farmaceutiske Forening
Norges Fibromyalgiforbund
Norges Handikapforbund
Norges Juristforbund
Norges Optikerforbund
Norsk audiografforbund
Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Norsk Barnevernsamband
Norsk eHelseforum v/IKT-Norge
Norsk Ergoterapeutforbund
Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Norsk Fysioterapeutforbund
Norsk Helsenett SF
Norsk Helse- og Sosiallederlag
Norsk Helse- og velferdsforum
Norsk Helsesekretærforbund
Norsk Homøpatisk pasientforening
Norsk Kiropraktorforening
Norsk Manuellterapeutforening
Norsk Palliativ forening
Norsk Pasientforening
Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)
Norsk Pensjonistforbund
Norsk Presseforbund
Norsk Psykiatrisk Forening
Norsk Psykologforening
Norsk Radiografforbund
Norsk Redaktørförening
Norsk Revmatikerforbund
Norsk senter for elektronisk pasientjournal
Norsk senter for menneskerettigheter
Norsk Sykepleierforbund
Norsk Tannpleierforening

Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Andøy kommune
Norske Fotterapeuters Forbund	Apotekforeningen
Norske Kvinners Sanitetsforening	Arbeids- og velferdsdirektoratet
NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring	Arbeidsdepartementet
Næringslivets Hovedorganisasjon	Arbeidsgiverforeningen Spekter
Opus Systemer AS	Aremark kommune
Organisasjonen Mot Offentlig Diskriminering (OMOD)	Arendal kommune
Organisasjonen Voksne for Barn	Asker kommune
Pakistansk studentforening	Askim kommune
PARAT	Askøy kommune
PARAT-Helse	Audnedal kommune
Pasientskadenemnda	Aure kommune
Politidirektoratet	Aurskog-Høland kommune
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund	Aust-Agder fylkeskommune
Redd Barna	Austrheim kommune
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP)	Averøy kommune
Regjeringsadvokaten	Årvø Urfolesregion
Ressurssenter for pakistanske barn	Balsfjord kommune
Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO)	Bardu kommune
Riksadvokaten	Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
Rådet for psykisk helse	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Sametinget	Barneombudet
Selvhjelp for innvandrere og flyktninger	Beiarn kommune
Seniorsaken i Norge	Berg kommune
Senter for medisinsk etikk (SME)	Berg kommune
Senter for seniorpolitikk	Bernt, Jan Fridthjof, professor dr. jur.
SINTEF Teknologi og samfunn	Bindal kommune
SINTEF-Helse	Bjarkøy kommune
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	Bjerkreim kommune
Statens Helsepersonellnemnd	Bodø kommune
Statens helsetilsyn	Bokn kommune
Statens legemiddelverk	Bremanger kommune
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Buskerud fylkeskommune
Statens seniorråd	Bygland kommune
Stiftelsen Menneskerettighetshuset	Bykle kommune
Stortingets ombudsmann for forvaltningen	Bærum kommune
Sysselmannen på Svalbard	Bærum Venstre
Tieto	Bø kommune
Universitets- og høyskolerådet	Bømlo kommune
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	Båtsfjord kommune
	Cerebral Parese-foreningen
	Datatilsynet
	De allmennt medisinske forskningsenhetene (AFE) i Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø
	Dekanmøtet i medisin
	Delta
	Den norske jordmorforening
	Den norske legeforening
	Den norske tannlegeforening
	Den rettsmedisinske kommisjon
	Det sentrale eldreråd i Oslo
	Diabetesforbundet
	Diakonhjemmet høgskole
	Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi)
Følgende høringsinstanser har hatt kommentarer til høringen:	
ADHD Norge	
Advokatforeningen	
Akademikerne	
Akershus universitetssykehus HF	
Alstahaug kommune	
Alta kommune	
Alvdal kommune	
Andebu kommune	

Drammen kommune	Fylkesmannen og Helsetilsynet i Rogaland
Drangedal kommune	Fylkesmannen og Helsetilsynet i Sogn og Fjordane
Eid kommune	Fylkesmannen og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag
Eidsberg kommune	Fylkesmannen og Helsetilsynet i Telemark
Eigersund kommune	Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vest-Agder
Eldreaksjonen og Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo	Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold
Enebakk kommune	Fylkesmannen og Helsetilsynet i Østfold
Etne kommune	Fylkesrådet for funksjonshemmede i Sogn og Fjordane
Evenes kommune	Fyresdal kommune
Evje og Hornnes kommune	Førde Arbeiderparti
Fagforbundet	Gamvik kommune
Faggruppen for allmenntilrettelagt arbeid, Universitetet i Bergen	Gausdal kommune
Fagrådet innen rusfeltet i Norge	Gatejuristen
Fauske kommune	Gildeskål kommune
Fedje kommune	Gjesdal kommune
Fellesorganisasjonen (FO)	Gjøvikregionen helse- og miljøtilsyn IKS
Fellesorganisasjonen i Åsnes kommune	Gloppen kommune
Finnmark fylkeskommune	Gran kommune
Fitjar kommune	Grane kommune
Fjell kommune	Grete Roede AS
Flatanger kommune	Grong kommune
Flekkefjord kommune	Halden kommune
Flesberg kommune	Hamarøy kommune
Flå kommune	Hammerfest kommune
Folldal kommune	Hardangerrådet
Forbrukerrådet	Hareid kommune
Foreningen JAG	Harstad kommune
Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet	Haugesund kommune - kommunalt råd for funk- sjonshemmede
Fosen Distriktsmedisinske Senter IKS	Haugesund kommune
Fosnes kommune	Helse Finnmark HF
FRAMBU Senter for sjeldne funksjonshemninger	Helse Midt-Norge RHF
Fredrikstad kommune	Helse Nord RHF
Friluftslivets fellesorganisasjon	Helse og omsorgslederne i Gjøvikregionen
Friluftsrådernes Landsforbund	Helse Sør-Øst RHF
Frogn kommune	Helse Vest RHF
Fræna kommune	Helsedirektoratet
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon	Helsetilsynet i Oslo og Akershus
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon Sogn og Fjordane	Helsetilsynet i Troms
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon Sør- Trøndelag	Hemnes kommune
Fylkesmannen i Finnmark	Herøy kommune
Fylkesmannen i Nord-Trøndelag	Hitra kommune
Fylkesmannen i Oslo og Akershus	HivNorge
Fylkesmannen i Troms	Hobøl kommune
Fylkesmannen i Østfold	Hof kommune
Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust-Agder	Hol kommune
Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud	Holmestrand kommune
Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hedmark	Hordaland Arbeiderparti
Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland	Hornindal kommune
Fylkesmannen og Helsetilsynet i Møre og Romsdal	Horten kommune
Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nordland	Hospiceforum Norge
Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oppland	Hovedorganisasjonen for universitets- og høyskoleutdannede
	HSH

Hurum kommune	Leka kommune
Høgskolen i Oslo	Leksvik kommune
Høgskolen i Sør-Trøndelag	Lenvik kommune
Høgskolen i Telemark	Levanger kommune
Høgskolen i Vestfold	Lier kommune
Hørselshemmedes landsforbund	Lierne kommune
Høylandet kommune	Lillehammer kommune
IKT-Norge	Lillesand kommune
Inderøy kommune	Lindås kommune
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet	Listerregionen
Jevnaker kommune	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Justis- og politidepartementet	Lofotrådets arbeidsutvalg
Karlsøy kommune	Lom kommune
Karmøy kommune	Longyearbyen lokalstyre
Kautokeino kommune	Lovisenberg Diakonale Sykehus
Kirkens bymisjon	Lærdal kommune
Kirkerådet	Lørenskog kommune
Kliniske ernæringsfysiologers forening	Malvik kommune - Brukerutvalget og Eldrerådet
Klæbu kommune	Malvik kommune
Kommunal- og regionaldepartementet	Mandal kommune
Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken	Marker kommune
Kommuneoverlegeforum Helgeland	Melhus kommune
Kommunesamarbeidet for Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen kommune	Mental Helse Norge
Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren	Meråker kommune
AS (KITH)	Midtre Gauldal kommune
Kongsberg kommune	Midt-Troms regionråd
Kongsvinger kommune	MiRA - Ressursenter for kvinner med minoritetsbakgrunn
KoRus-Øst	Modum kommune
Kreftforeningen	Moskenes kommune
Kristiansand kommune	Moss kommune
Kristiansund kommune	Møre og Romsdal fylkeskommune
Krødsherad kommune	Møre og Romsdal KrF
KS, Kommunesektorens interesse- og arbeids giverorganisasjon	Møteplassen for de koordinerende enheter innen habilitering og rehabilitering i Helse-Stavanger foretaksområde
KS Bedrift	Målselv kommune
KS Finnmark	Namdalseid kommune
KS Hedmark og Oppland	Namsskogan kommune
KS Nord-Trøndelag	Narvik eldreråd
KS Troms	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Kunnskapsdepartementet	Nasjonalt folkehelseinstitutt
Kvinnherad kommune	Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)
Kvæfjord kommune	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)
Landbruks- og matdepartementet	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende	Nasjonalt råd for ernæring
Landsforeningen for AMC	Nasjonalt råd for fysisk aktivitet
Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording
Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri	Nasjonalt råd for tobakksforebygging
Landsforeningen for trafikkskadde	Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin
Lardal kommune	Naustdal kommune
Larvik kommune	Nedre Eiker kommune
Lebesby kommune	
Leikanger kommune	

Nesna kommune	Os kommune i Hedmark
Nesodden kommune	Os kommune i Hordaland
Nesset kommune	Oslo kommune
Nettverk for de Regionale Koordinerende Enheter for habilitering og rehabilitering	Oslo universitetssykehus HF - Klinikk psykisk helse og avhengighet - Josefinesgate DPS
Nissedal kommune	Overhalla kommune
Nittedal kommune	Pasient- og brukerombudet i Troms
NOKLUS	Pensjonistuniversitetet i Ålesund
Nome kommune	Politidirektoratet
Nord-Aurdal kommune	Porsanger kommune
Nord-Fron kommune	Porsgrunn kommune
Nordland fylkeskommune	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
Nordlandssykehuset HF	Program for fysioterapiutdanning Høgskolen i Sør-Trøndelag
Nord-Troms Regionråd	Radøy kommune
Nore og Uvdal kommune	Rauma kommune
Norges Astma og Allergiforbund	RBUP Helseregion Øst og Sør
Norges Audiografforbund	RBUP Vest
Norges Blindeforbund	Re kommune
Norges Døveforbund	Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering - Helse Midt-Norge RHF
Norges Farmaceutiske Forening	Regionrådet for Hallingdal
Norges Handikapforbund	Regionrådet for Nord-Gudbrandsdal
Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon (NITO)	Regionrådet Nordhordland IKS
Norges Kvinne- og familieforbund	Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri i Helseregion Sør-Øst
Norges Optikerforbund	Rehabilitation International Norge
Norsk Barnevernsamband	Rendalen kommune
Norsk Dentalbransjeforening	Rennesøy kommune
Norsk Epilepsiforbund	Ringebu kommune
Norsk Ergoterapeutforbund	Ringerike kommune
Norsk Forbund for Utviklingshemmede	Ringerike Medisinske Senter
Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta	Ringsaker kommune
Norsk Fysioterapeutforbund	Risør kommune
Norsk helse- og velferdsforum	Rogaland fylkeskommune
Norsk Helsenet SF	Rollag kommune
Norsk Kiropraktorforening	Rælingen kommune
Norsk logopedlag	Røde Kors
Norsk Manuellterapeutforening	Rødt Risør
Norsk Pasientforening	Rødøy kommune
Norsk Pasientskadeerstatning	Rømskog kommune
Norsk Pensjonistforbund	Røros kommune
Norsk Psoriasisforbund	Røyrvik kommune
Norsk psykiatrisk forening (NpF)	Råde kommune
Norsk Psykologforening	Rådet for eldre og funksjonshemmede
Norsk Revmatikerforbund	Rådet for funksjonshemmede i Oslo
Norsk studentorganisasjon	Rådet for psykisk helse
Norsk Sykepleierforbund	Saltdal kommune
Norsk Tannpleierforening	Salten Regionråd
Norske kvinners sanitetsforening	Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner
Norske Samers Riksforbund	Samarbeidsforum i Sunnfjord
NTNU Det medisinske fakultet	Samarbeidsorganet HMNR - NTNU
Næringslivets hovedorganisasjon (NHO)	Samarbeidsorganet HMN - høgskolene
Nærøy kommune	Sametinget
Nøtterøy kommune	
Oppdal kommune	
Oppegård kommune	
Oppland Senterparti	

Samnanger eldreråd	Sykkylven kommune
Sandefjord kommune	Søgne kommune
Sandnes kommune	Sør-Troms regionråd
Sarpsborg kommune	Sør-Trøndelag fylkeskommune
Sauda kommune	Sørum kommune
Sel kommune	Sør-Varanger kommune
Selbu kommune	Telemark fylkeskommune
Selje kommune	Tieto Healthcare Scandinavia
Seljord kommune	Tingvoll kommune
Selvhjelp Norge	Tinn kommune
Seniorennes fellesorganisasjon	Tjeldsund og Skånland kommune
Senter for helsefremmende forskning	Tjøme kommune
HiST - NTNU	Tolga kommune
Senter for samisk helseforskning	Tranøy kommune
Setesdal Regionråd	Troms fylkeskommune
Sigdal kommune	Tromsø kommune
Siljan kommune	Tromsø kommune kommunalt råd for funksjonshemmede
SINTEF Teknologi og samfunn	Trondheim kommune
Skaun kommune	Trøgstad kommune
Skedsmo kommune	Tvedestrand kommune
Ski kommune	Tydal kommune
Skien kommune	Tysvær kommune
Skiptvedt kommune	Tønsberg kommune
Skjåk kommune	Ullensaker kommune
Smøla kommune	ULOBA
Snåsa kommune	Ulstein kommune
Sogn og Fjordane fylkeskommune	Unge funksjonshemmede
Sola kommune	Unio
Songdalen kommune	Universitetet i Agder Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Spydeberg kommune	Universitetet i Bergen, Det medisinsk -odontologiske fakultet
St. Olavs hospital - Brukerutvalget	Universitetet i Oslo
Statens helsetilsyn	Universitetet i Stavanger
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet - Regionalt kunnskapscenter for barn og unge
Statens seniorråd	Universitetet i Tromsø
Statistisk Sentralbyrå	Universitets- og høyskolerådet
Stavanger kommune	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Stavanger Universitetssjukehus Helse Stavanger HF	Vadsø kommune
Steinkjer kommune	Valle kommune
Stiftelsen KRAFT	Várdobáiki samisk senter
Stiftelsen Signo	Vefsn kommune
Stjørdal kommune	Vega kommune
Stokke kommune	Vennesla kommune
Stord kommune	Verdal kommune
Stordal kommune	Verran kommune
Stor-Elvdal kommune	Vestby kommune
Storfjord kommune	Vest-Agder fylkeskommune
Stryn kommune	Vestfold fylkeskommune
Sula kommune	Vestnes kommune
Suldal kommune	Vestvågøy kommune
Sund kommune	Vikna kommune
Sunnadal kommune	
Surnadal kommune	
SVT-fakultetet NTNU	
Sykehusaksjonen for Nordfjord sykehus	

Vågan kommune
Vågsøy kommune
Vågsøy Senterparti
Vågå kommune
Ørskog kommune
Ørsta kommune
Østfold fylkeskommune
Østfoldhelse
Østre Slidre kommune
Øvre Eiker kommune
Øvre Romerike Utvikling
Øyer kommune
Øygarden kommune
Øystre Slidre kommune
Åfjord kommune
Ålesundregionens Utviklingsselskap IKS
Åmli kommune
Ås kommune
Åseral kommune

Følgende høringsinstanser har uttalt at de ikke har merknader eller innvendinger til høringsfor-

slaget eller at de ikke ønsker å avgi høringsuttalelse:

Direktoratet for nødkommunikasjon
Fiskeri- og kystdepartementet
Forsvarsdepartementet
Høgskolen i Akershus
Miljøverndepartementet
Regjeringsadvokaten
Riksadvokaten
Samferdselsdepartementet
Statens legemiddelverk
Utenriksdepartementet

I tillegg til disse høringsuttalelsene har departementet også mottatt en del høringsuttalelser fra privatpersoner. Disse har hovedsakelig dreid seg om brukerstyrt personlig assistanse. Departementet har også mottatt enkelte uttalelser fra helsepersonell.

3 Kommunale helse- og omsorgstjenester – omfang, utviklingstrekk og fremtidige utfordringer

3.1 Omfanget av kommunale helse- og sosialtjenester

Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd skal landets kommuner sørge for «nødvendig helsetjeneste» for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunehelsetjenestens oppgaver og deltjenester er beskrevet i § 1-3 første ledd. Dette er blant annet legetjenester, legevaktordning, fysioterapitjeneste, sykepleie, jordmortjeneste og sykehjem. Etter sosialtjenesteloven § 10-1 skal kommunen ved sosialtjenesten yte «tjenester etter loven» til alle som oppholder seg i kommunen. Slike tjenester er blant annet forebygging, boliger til vanskeligstilte, praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak ved omsorgsarbeid, støttekontakt og tiltak for rusmiddelavhengige. I kapittel 13 er det redegjort nærmere for de ulike tjenestene som kommunene plikter å tilby eller sørge for etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Forslag om fremtidig regulering er tatt inn i kapittel 14 og 15.

I 2009 ble det utført 340 000 årsverk i kommunene. Nesten 143 000, eller hele 41,9 prosent av årsverkene ble utført i helse- og sosialtjenestene. Mer enn 123 000 eller 86 prosent av de utførte årsverkene i helse- og sosialtjenestene, ble utført i pleie- og omsorgstjenestene. Dette ga tjenestetilbud til 44 000 beboere i sykehjem og institusjoner, 175 000 som mottar praktisk hjelp og hjemmesykepleie og 46 000 som mottar andre hjemmetjenester. Av de 143 000 årsverkene, var det ellers 4 600 legeårsverk (3,2 prosent), 4 200 fysioterapiårsverk (2,9 prosent) og 3 500 i helsestasjons- og skolehelsetjeneste (2,5 prosent).

Utgiftstallene for 2009 viser at av vel 85,3 mrd. kr i brutto driftsutgifter, utgjorde pleie- og omsorg 74,8 mrd. kr (88 prosent) og helsetjenestene 10,5 mrd. kr (12 prosent). Helsetjenestene fordelte seg med 2,1 mrd. kr. til helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 0,8 mrd. kr. til annet forebyggende helsearbeid og 7,6 mrd. kr til diagnose, behandling og rehabilitering. I tillegg kommer folketrygdens

finansiering av kommunehelsetjenesten på 16,5 mrd. kr.

3.2 Utviklingstrekk og fremtidige utfordringer

3.2.1 Sentrale utviklingstrekk

Det har de senere årene vært gjennomført mange reformer og oppgaveoverføringer til kommunene. I perioden 1984-1991 ble det gjennomført tre store reformer der samordning av ansvar på lokalt nivå var et sentralt siktemål:

- Ved kommunehelsereformen fra 1984 fikk kommunene ansvar for all primærhelsetjeneste.
- Ved sykehjemsreformen fra 1988 fikk kommunene overført ansvaret for sykehjem fra fylkeskommunene.
- Ved reformen for psykisk utviklingshemmede i 1991 ble de fylkeskommunale institusjonene nedlagt og ansvaret for tjenestetilbudet overført til kommunene.

Den kommunale omsorgstjenesten har blitt mer enn fordoblet som en følge av disse reformene. I overkant av 200 000 personer mottar nå hjemmebaserte tjenester eller tilbud i sykehjem. I tillegg kommer ca. 60 000 brukere som mottar andre tjenester som avlastning, støttekontakt og omsorgslønn. Ressursmessig brukes om lag 65 mrd. kroner til drift av omsorgstjenesten og det utføres om lag 118 000 årsverk. To tredeler av årsverkene utføres av personell med helsefaglig utdanning, mens resten utføres av ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Utviklingen de siste ti årene har medført en sterkere målretting av ressursene til personer med omfattende behov. Den største gruppen motakere av omsorgstjenester er personer over 80 år. Mye av veksten i de kommunale utgiftene de senere årene er imidlertid knyttet til økningen i antall yngre brukere. Gruppen yngre tjenestemot-

takere har fordoblet seg de siste 10 årene og utgjør i dag vel 50 000 av hjemmetjenestens 160 000 brukere. I tillegg kommer brukere som mottar andre tjenester som støttekontakt, avlastning og omsorgslønn. Seks prosent av omsorgstjenestens brukere er barn. Undersøkelser (Romøren 2004) viser at nesten 40 prosent av de nye tjenestemottakerne i hjemmetjenesten i dag er under 67 år. De har langvarige og sammensatte somatiske lidelser, der nevrologiske tilstander dominerer, som for eksempel MS, parkinson, epilepsi, hjerneslag, demens, hjerneskader etter ulykker og hjernesvulst (kreft). Mange av disse brukerne mottar omfattende og langvarige tjenester. Barn og unge med omfattende behov for praktisk bistand og omsorgstjenester bor som regel hjemme hos sine foreldre og søsken. Disse forholdene setter store krav til organisering av tjenestene, den enkelte familie, foreldrenes forhold til arbeidslivet og forholdet til barnehage, skole og fritidsaktiviteter. Utviklingen øker behovet for kompetanse i omsorgstjenesten.

Etterspørselen har økt så hurtig at kommunene har hatt problemer med å omstille seg både kompetansemessig, økonomisk og organisatorisk.

Hjemmetjenesteinnsatsen har endret seg fra i hovedsak å være et hjemmehjelpstilbud med praktisk bistand til i stadig større grad å bli et behandlings- og pleietilbud. Dette har medført en voksende hjemmesykepleietjeneste og oppfølging av fagpersonell fra den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Antall brukere som bare mottar hjemmehjelp er blitt redusert. Kommunene konsentrerer i stadig større grad mer av innsatsen mot de mest ressurskrevende brukerne. Færre brukere mottar hjemmetjenester, men de som får, mottar mer omfattende hjelp knyttet til opptrening og rehabilitering, behandling og pleie. Denne dreiningen i hjemmetjenestetilbudet skyldes at stadig flere tungt hjelpetrequende brukere mottar tjenester utenfor institusjon.

Behandlingstilbudet til personer med psykiske lidelser ble tidligere i hovedsak ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Det var en kraftig nedbygging av sykehussenger i psykisk helsevern i perioden mellom 1975 og 1990. I Ot. prp nr. 63 (1997 – 1998) ble Opptrappingsplan for psykisk helse lansert. Planen forutsatte at kommunene skulle bygge ut tilbudet kraftig og at spesialisthelsetjenesten skulle styrkes og omstilles til mer lokalbaserte tjenester. I planen inngikk at de psykiatriske sykehjemmene skulle nedlegges og at spesialisttjenesten i stedet skulle opprette distriktssentre (DPS). Den opprinnelige rammen for de øremerkede bevilgningene til kommune og spesialisthel-

setjenesten, ble senere endret noe til kommunenes favør på grunn av nedbyggingen av de gamle psykiatriske sykehjemmene. Det vises til proposisjonens punkt 15.5.8 hvor psykisk helsearbeid er nærmere omtalt.

Rusfeltet har i stor grad vært preget av tiltak i regi av frivillig sektor. Ved rusreformen ble fylkeskommunens ansvar for behandlingstiltak for rusmiddelavhengige overført til staten ved de regionale helseforetakene. Det vises til punkt 15.5.8 hvor innsatsen på rusfeltet er nærmere omtalt.

Med fastlegereformen i 2001 ble hoveddelen av allmennegevirsomheten organisert som en fastlegeordning eller et listesystem. Formålet var å skape større trygghet for innbyggerne gjennom bedre tilgjengelighet og mulighet for en fast legekontakt, samt å benytte de samlede legeressursene bedre. Bakgrunnen var blant annet behov for kontinuitet i legetjenesten for syke eldre og andre grupper med langvarige eller sammensatte behov for tjenester. Departementet viser til kapittel 19 hvor det er redegjort nærmere for fastlegeordningen.

Det har blitt stadig vanligere med interkommunalt legevaktsamarbeid. Dette er den vanligste organisasjonsformen i de mindre kommunene. I 2009 ble det utført 12,8 millioner konsultasjoner hos allmennlege på dagtid og 1,3 millioner konsultasjoner på legevakt. Dette er en økning fra 8,4 millioner konsultasjoner i 2000. Antallet legevaktskonsultasjoner har holdt seg relativt stabilt og variert mellom 1,1 og 1,3 millioner i denne tiårsperioden.

Oppfølging av gravide kvinner, mødre og deres nyfødte barn har vært en del av det forebyggende helsearbeidet siden mellomkrigstiden. Det formelle grunnlaget for en systematisering av arbeidet ble lagt i lov om helsestasjoner i 1972. Med kommunehelsetjenesteloven ble ansvaret for virksomheten i 1984 lagt til kommunene. Svangerskapskontroll og -omsorg i tilknytning til helsestasjon ble innført fra 1. juli 2003. Spesielt det siste tiåret er brukerperspektivet og brukermedvirkning kommet stadig sterkere fram. Man ser at brukerne stadig oftere etterspør jordmor i svangerskapsomsorgen. Et annet utviklingstrekk er reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus. Liggetid på to til tre dager for kvinner som har hatt ukomplisert fødsel, innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang. Det vil derfor fortsatt være behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivelse fra sykehus. Antallet jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økte fra 176 i 1995 til 295 i 2008. Regjeringen har som mål å redusere sosial

ulikheter i helse. Dette er også et sentralt mål i Retningslinjer for svangerskapsomsorgen 2005. Se nærmere omtale av svangerskaps- og barselomsorgen i punkt 15.5.3.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er i dag et tverrfaglig, helsefremmende og forebyggende tilbud til barn og ungdom og gravide. Med lov om helsetjenesten i kommunen ble ansvaret for primærhelsetjenesten fra 1984 lagt til den enkelte kommune. Kommunene ble samtidig pålagt å overvåke helsesituasjonen i egen kommune og planlegge tiltak på grunnlag av denne overvåkingen. Kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom mellom 0-20 år og tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Tjenestene er i all hovedsak gratis for mottakerne. Kommunene har høy og stabil dekningsgrad for helsestasjonsundersøkelser av småbarn, men andelen barn som har gjennomgått undersøkelser blir lavere jo eldre barna blir. Tre av fire kommuner tilbyr helsestasjon for ungdom (SSB 2009). I opptrappingsplanperioden for psykiske helse 1998-2008 var det et mål at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skulle styrkes med 800 årsverk. I 2008 var 745 av disse årsverkene tilkommet tjenesten. I 2008 var det i alt 3 480 årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (SSB 2009).

Før 1984 var den kommunale fysioterapitjeneste lite utbygget. Kommunene opprettet fastlønsstillinger for å imøtekomme behovene til barn og unge, funksjonshemmede og eldre. Fra og med 1988 ble alle fastlønsstillingene for fysioterapeuter ansatt i sykehjem overført fra fylkeskommunene til kommunene. Kommunehelsereformen førte til en bedre geografisk fordeling av ressurser. De nye tilskuddsordningene stimulerte distriktskommuner til å etablere stillinger og avtaler med fysioterapeuter. I 2006 ble det på bakgrunn av Ot. prp. nr. 28 (2005-2006) besluttet utvidede rettigheter for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi. Endringen besto i at kravet om henvisning fra lege for å utløse trygderefusjon bortfalt, samt at de to personellgruppene fikk anledning til å henvise til legespesialist, sykemelde pasienter i inntil åtte uker (senere utvidet til tolv uker), rekvirere radiologiske undersøkelser og henvise til fysioterapi.

3.2.2 Fremtidige utfordringer

Behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke i årene som kommer og det er behov for betydelige omstillinger i den samlede helsetjenesten for å møte utfordringene. Veksten i antall personer i

gruppen 80 år og eldre vil være særlig sterk fra rundt 2020 og frem mot 2030. Som følge av økt antall eldre, vil en i denne perioden også få en økning av aldersrelatert sykkelighet, som kreft, diabetes osv. Mennesker med nedsatt funksjonsevne har nå forventet levealder tilnærmet lik den som gjelder resten av befolkningen. Fra WHO Europa påpekes det at helsetjenestene ikke kan håndtere den økende forekomsten av og kostnadene ved kroniske sykdommer. Disse sykdommene forårsaker 86 prosent av dødsfallene i WHO's Europaregion. Sykdommene belaster omtrent tre fjerdedeler av budsjettene i helsetjenesten. Det hevdes at økningen vil fortsette dersom noe ikke gjøres med risikofaktorer som tobakksbruk, usunne kostvaner og inaktivitet.

Med bakgrunn i forventet utvikling i tjenestebehov, og for å sikre en god helse- og omsorgstjeneste for pasientene, må pasientens behov identifiseres så tidlig som mulig slik at tiltak kan igangsettes raskt.

På grunn av den betydelige økningen i behovet for helse- og omsorgstjenester, bør fremtidige løsninger for sektoren bygge på en lokalt forankret helse- og omsorgstjeneste som gir god ressursutnyttelse gjennom smidig tilpasning til lokale forhold og behov, i tett samspill med familie og lokalsamfunn. Et godt utbygd kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud vil bidra til å utsette eller forhindre sykehjems- og sykehusinnleggelse. Prioriteringene mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten bør derfor styres av prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå. Det er derfor nødvendig å fastlegge tydeligere rammer for samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenesten og andre deler av det kommunale tjenesteapparatet og mellom helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Den norske befolkningens helse er god. Men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Det må erkjennes at samfunnet er lagdelt – der de som er mest privilegert økonomisk også har best helse. Regjeringen har blant annet gjennom St.meld. nr. 20 (2006-2007) satt i verk en bred og langsiktig strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene. Det overordnede målet for strategien er å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse. Arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller vil kreve langsiktig og målrettet innsats på mange områder. I strategien er det satt mål for arbeidet på følgende områder: Inntekt, oppvekst, arbeid og arbeidsmiljø, helseatferd, helsetjenester og sosial inkludering. Det vil ta tid før resultatene

av innsatsen kan måles, i form av reduserte helseforskjeller, på alle disse områdene. Målene er derfor ikke avgrenset i tid, men krever kontinuerlig innsats de kommende årene.

Allmennlegetjenesten er en sentral del av helsetjenesten. Det er mange og store forventninger rettet mot allmennlegene, blant annet når det gjelder kunnskap om bestemte lidelser og sykdommer, koordinering av tjenester og deltakelse i tverrfaglig samarbeid. Rekruttering til ledige hjemler og stabilitet i legestillinger i distriktene er en vedvarende utfordring. I St.meld. nr. 47 (2008-2009) skisseres flere utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten som departementet følger opp i egne løp. Noen av utfordringene er knyttet til tilstrekkelig kapasitet både til fastlegevirksomhet og til andre typer kommunale legeoppgaver. Det pekes også på særskilte utfordringer knyttet til at tjenesten kunne ha fungert bedre for grupper med behov for individuell planlegging og tverrfaglig samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet over lang tid. Dette er ofte personer som ikke selv etterspør helsetjenester, eller som har vanskeligheter med å oppsøke legekantoret på eget initiativ, for eksempel rusmiddelavhengige, hjemmeboende eldre med nedsatt funksjonsnivå, og personer med psykiske lidelser.

Kunnskapsgrunnlaget i den praktisk utøvende allmennmedisin har stor betydning for kvaliteten på tjenesten. Endringer i sykdomsbildet i befolkningen de siste tiårene, og dermed i primærhelsetjenestens oppgaver, har medført behov for ny og forskningsbasert kunnskap. Mange allmennleger opplever at deres kunnskapsgrunnlag ofte kommer til kort i den daglige praksis. Dette gjelder blant annet ved muskel- og skjelettlidelser, samt psykiske lidelser. Denne type problemstillinger utgjør en stor andel av diagnosene i allmennpraksis, og er årsak til en stor del av langtidssykefraværet. Et annet område med behov for forskningsbasert kunnskap er diagnostikk og behandling av sammensatte kroniske sykdommer. Mens dagens kunnskapsgrunnlag som oftest er basert på grupper av pasienter med enkeltsykdommer, vil allmennpraktikeren ofte oppleve at én og samme pasient har flere sykdommer, for eksempel hjertesvikt, KOLS og diabetes.

Kvaliteten i allmennpraksis har ikke bare betydning for pasienten gjennom å gi et godt og riktig grunnlag for forebygging, diagnostisering og behandling eller andre tiltak, men vil også ha betydning for blant annet henvisningsraten. Deres allmennlegene gjør en litt mindre grundig jobb på ett område og henviser for eksempel tre i stedet for to av hundre aktuelle pasienter til spesi-

alisthelsetjenesten, innebærer dette 50 prosent flere henviste pasienter. Dette kan være uhen-siktsmessig for pasienten, det er unødig kostbart for samfunnet, og i strid med prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå.

Den pågående utviklingen med tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene, vil stille økte krav til den lokale barselomsorgen. Innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er det et særskilt behov for tiltak som sikrer kontinuitet i tjenesten for gravide med påvist risiko for komplikasjoner eller spesielle behov. Dette gjelder blant annet gravide som har kroniske- eller livsstilssykdommer, fødselsangst, rusrelaterede problemer, nedsatt funksjonsevne eller psykiske lidelser. Asylsøkere og flyktninger, innvandrerkvinner og tenåringsgravide kan også ha spesielle behov, se St.meld. nr. 12 (2008-2009).

Befolkningens etterspørsel etter fysioterapitjenester i kommunene er økende. På grunn av lange ventelister til tjenesten i mange kommuner har det utviklet seg et marked for helprivat fysioterapivirksomhet i mellomstore og store kommuner. Tilbudet skaper et sosialt ulikt helsetilbud. På grunn av en økende eldrebefolkning, flere funksjonshemmede som bosettes i egen bolig med hjelpetilbud, samt flere for tidlig fødte barn som redde fra tidlig død, vil det bli større behov for tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom etater og mellom tjenestenivåene. Mange av disse pasientgruppene etterspør ikke tjenestene selv, er lite mobile og trenger fysioterapitjenester som ledd i et større rehabiliteringsarbeid.

Ernæring er en viktig del av helse- og omsorgstjenestens arbeid med forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering. Med økende forekomst av livsstilssykdommer, allergi, intoleranseproblematikk, underernæring hos eldre mv. er det store pasientgrupper som har behov for kostrådgivning eller ernæringsbehandling innenfor helsetjenesten. Det vil derfor være økende behov for at helsepersonell innehar spisskompetanse på dette fagområdet.

Problemer knyttet til legemiddelbehandling forekommer hyppig i alle deler av helsetjenesten. Legemiddelrelaterede problemer oppstår i stor grad som følge av manglende oversikt over pasientenes totale legemiddelbruk og manglende helhetlig gjennomgang som sikrer at pasienten benytter de riktige legemidlene. Undersøkelser viser at opplysninger om samme pasient kan være fordelt på 6 til 8 ulike steder (fastlege, spesialist, sykehus, hjemmesykepleie, legevakt etc.), men at ingen har en samlet oversikt over pasientens totale legemiddelbruk. For å redusere legemid-

delrelaterte problemer og oppnå riktig legemiddelbruk, vil det være nødvendig å etablere systemer og rutiner for å sikre en korrekt og oppdatert oversikt over legemiddelbruken. Denne oversikten må være tilgjengelig for helsepersonell i alle deler av helse- og omsorgstjenesten, slik at helsepersonellet har nødvendige opplysninger for å kunne yte god og sikker helsehjelp. Det vil også

være hensiktsmessig å etablere systemer og rutiner som sikrer regelmessig gjennomgang av pasientens legemiddelbruk for å sikre at den til enhver tid er relevant og gir god behandling. Systemer og rutiner for opplæring av pasienter med hensyn til hvorfor og hvordan legemidlene skal tas, er også viktig for å sikre riktig legemiddelbruk.

4 Fremtidens kommunerolle

Samhandlingsreformen viser retningen på en nødvendig langsiktig omstilling i helse- og omsorgstjenestene. Omstillingen er nødvendig for å kunne sikre bærekraftige tjenester av god kvalitet. Flere virkemidler må tas i bruk og flere tiltak må settes i gang for å nå målene i samhandlingsreformen. Tiltakene er nærmere beskrevet i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

Fremtidens utfordringer på kort og lang sikt stiller store og til dels nye krav til kommunens helse- og omsorgstjenester. Mange kommuner er godt i gang med tilpasninger av tjenestetilbudene. Med samhandlingsreformen vil kommunenes rolle bli styrket slik at kommunene kan ivareta et større ansvar for de samlede helse- og omsorgstjenestene. Viktige oppgaver for den fremtidige kommunale helse- og omsorgstjenesten kan kort oppsummeres til å omhandle samarbeid, kompetanse, forebygging, egenmestring, behandling, omsorg og rehabilitering.

Samarbeid

Samhandling og helhetlige pasientforløp vil være viktig for å møte utfordringene. En helhetlig helse- og omsorgstjeneste vil bidra til økt livskvalitet for den enkelte, i mange tilfelle utsette hjelpebehov, gi en mer fornuftig bruk av samfunnets samlede ressurser og dermed også økt bærekraft.

Helse- og omsorgsdepartementet tilrettelegger for økt samarbeid i og mellom tjenester og tverrsektorielt. Tilrettelegging for samarbeid må skje gjennom endring av lover og forskrifter, økonomiske tilpasninger, kompetanseheving og tjenesteutvikling. Økt samarbeid ønskes mellom ulike tjenester innad i kommunene, mellom kommuner og mellom kommuner og andre tjenesteni-våer og sektorer, herunder NAV. Spesialisthelsetjenesten og utdanningssektoren ved blant annet universitets- og høyskolemiljøer er de mest sentrale samarbeidspartnerne for kommunene. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er en viktig aktør i helse- og omsorgstjenesten. For øvrig vil fylkeskommunene være en viktig medspiller som planmyndighet og med veiledningsansvar overfor

kommunene i planlegging etter plan- og bygningsloven.

Oppgaver som finner sin beste løsning gjennom samarbeid bør forankres i avtaler der det er hensiktsmessig. Utvikling av lokalmedisinske sentre er ett eksempel på lokale samarbeidsprosjekter som kan forankres i avtaler mellom kommuner og helseforetak. Begrepet lokalmedisinsk senter brukes om kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller i stedet for innleggelse i sykehus. Noen steder kalles slike virksomheter distriktsmedisinske sentre. Hvilke funksjoner som bør legges til et lokalmedisinsk senter må vurderes ut fra lokale forhold og behov. Det er viktig å vurdere mulighetene for å samlokalisere funksjoner for utsatte pasientgrupper med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Samlokalisering av tjenester synes å være et av suksesskriteriene for å bygge opp døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling og habilitering og rehabilitering i kommunene. Tannhelsetjenester, tverrfaglige ambulante team og lærings- og mestringstilbud kan også legges til lokalmedisinske sentre. Lokalmedisinske sentre er en måte å organisere tjenester for å styrke tilbudet i kommunene og kunne gi mer helhetlige og tverrfaglige tjenester. Kommuner og helseforetak bør sammen vurdere om deler av tjenestetilbudet bør samles i et lokalmedisinsk senter.

Et førende prinsipp for spesialisthelsetjenesten er å desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må. Bruk av IKT vil stå sentralt for kommunenes muligheter for økt samarbeid med de ulike instanser.

Kompetanse

Økt kunnskap innad i kommunene og mellom tjenestene kan skape bedre samhandling og motvirke brudd i behandlingsskjeden. Regjeringen har som mål at kommunene skal tilby helhetlige og samordnede tjenester som omfatter forebyggende tiltak, behandling, akuttberedskap, rehabilitering/habilitering og oppfølging av pårørende. Per-

soner med behov for langvarige tjenester fra flere tjenesteytere skal ivaretas bedre. Det krever at kommunene har tilstrekkelig kunnskap til å planlegge sine helse- og omsorgstjenester, og organiserer disse slik at befolkningen får et best mulig og forsvarlig tjenestetilbud både i omfang og innhold. Viktigheten av dette forsterkes gjennom at forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er en overordnet og generell lov. En forutsetning er at kommunen har tilstrekkelig personell med den kompetansen som kreves og som samarbeider godt både innad i kommunal sektor og med spesialisthelsetjenesten. Regjeringens mål for fremtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste innebærer at det må arbeides og samarbeides på nye måter.

Kompetansehevingen må skje både i utdanningen og i tjenesten. Det forutsetter økt forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester og ved at tjenestene tar i bruk ny kunnskap og ny teknologi. Kommunene bør bygge videre på og utvikle sitt samarbeid med utdanningsinstitusjoner og andre forskningsmiljøer.

Kommunenes utdanningsoppgaver må sees på som et betydelig virkemiddel for å sikre faglighet og kvalitet i tjenestene. For å heve kompetansen på personellet bør praksis under utdanningen i større grad ivareta tverrfaglighet og samarbeid på alle nivåer. Omstillingen i kommunene er helt avhengig av god ledelse, tilstrekkelig rekruttering og kompetanseheving.

Forebygging og egenmestring

Det forventes en større innsats fra kommunene for å forebygge helseproblemer i befolkningen. Den forventede veksten i behov for helse- og

omsorgstjenester skal i størst mulig grad løses i kommunene. Det forutsetter at kommunens helse- og omsorgstilbud må vurderes ut fra et helhetlig perspektiv. Forebygging, tidlig innsats, behandling og oppfølging må sees i sammenheng og vurderes i forhold til kommunens ansvar og oppgaver innfor andre samfunnsområder. Gjennom et helhetlig og systematisk folkehelsearbeid skal kommunene fremme trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, gode boforhold, forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, samt bidra til en samfunnsutvikling som motvirker sosiale helseforskjeller.

I forslaget til ny folkehelselov legges ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som sådan. Dette innebærer at kommunene skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren. Kommunene skal etter loven sette i verk nødvendige tiltak for å møte lokale helseutfordringer, og de skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet med utgangspunkt i planprosessene etter plan- og bygningsloven. Ny folkehelselov vil gi et godt grunnlag for å styrke folkehelsen i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale behov.

Et viktig element i møtet med fremtiden vil bli å hjelpe folk til å mestre sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Kommunen skal gjennom sine tjenester fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling, samt forebygge sosiale problemer. Graden av egen mestring i hverdagen avhenger av den enkeltes mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. For at kommunene skal kunne hjelpe folk til å mestre hverdagen, må brukerne i større grad medvirke i tjenesteytingen.

Del II

*Lovforslagets struktur, formål og virkeområde –
forholdet til annen lovgivning*

5 Føringer for forslag til ny lovregulering

5.1 Grunnleggende verdier og prinsipper

De overordnede målsettingene for helse- og omsorgstjenestene ligger fast: Befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Å gi et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker står sentralt i tjenesteytingen. Andre verdier som er grunnleggende for tjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet.

Disse og andre grunnleggende verdier ligger nedfelt i regelverket for helse- og omsorgstjenesten i dag. Disse skal videreføres i ny lov. Den nye loven skal som i dag også gi rettssikkerhet til pasienter og brukere, det vil si at den enkelte lett skal kunne sette seg inn i hva spesialisthelsetjenestens og kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og en klagegang som tilsikrer at den enkeltes rettigheter blir ivaretatt. For nærmere omtale av formålsbestemmelsen i den nye loven, se kapittel 7.

Det er videre et prinsipielt utgangspunkt at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Det er særlig nærhet til brukerne, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring av tjenestene, som begrunner lokal handlefrihet. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn, bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene skal gis og organiseres. Staten har et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten, noe som gir mulighet til å se lovregulering i sammenheng med andre styringsvirkemidler på dette området, herunder eierstyring. For nærmere omtale av kommunens sørge-for-ansvar, se kapittel 12.

Ved behandlingen av samhandlingsmeldingen har helse- og omsorgskomiteen i sin innstilling (Innst. 212 S (2009-2010)) sluttet seg til de grunnleggende prinsippene, og blant annet uttalt følgende på side 17:

«Når sykdom rammer, skal folk oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Disse målsettingene kan nås gjennom styrking av kommunehelsetjenesten, økt satsing på folkehelsearbeid, etablering av lokalmedisinske sentra og gjennom utvikling av lokalsykehuse-nes rolle i spesialisthelsetjenesten».

Nedenfor under punkt 5.2 og 5.3 omtales ulike føringer for lovforslaget, med utgangspunkt i de to hovedmålene for arbeidet: harmonisering av kommunal helse- og sosiallovgivning og oppfølging av samhandlingsmeldingen. I punkt 5.4 er det en generell redegjørelse for de sosialfaglige perspektivene i det nye lovforslaget.

5.2 Harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning

En rekke kommuner satser i betydelig grad på hjemmetjenester som alternativ til tradisjonelle institusjonstjenester som alders- og sykehjem. Endringene er fortsettelsen på en utvikling som startet på 80-tallet med sykehjemsreformen, og fortsatte på 90-tallet, med blant annet ansvarsreformen for utviklingshemmede. Utviklingen har medført at det tradisjonelle skillet mellom helse- og sosialtjenester ikke er like tydelige som tidligere. Dette gjenspeiler seg i måten kommunene organiserer tjenestene på. Mange kommuner har integrert hjemmetjenestene i én organisatorisk enhet, som yter både helsetjenester og sosialtjenester.

Lovverket og finansierings- og brukerbeta-lingsordningene er i liten grad tilpasset en slik utvikling ettersom disse tar utgangspunkt i den tradisjonelle todelingen mellom helsetjenester og sosialtjenester. Dette kan bidra til å svekke muligheten for gode og hensiktsmessige løsninger i kommunene i en tid hvor flere brukere har behov for både helsetjenester og sosiale tjenester, og et godt samspill mellom disse tjenestene er avgjørende for god hjelp. De relevante bestemmelsene om blant annet pasientenes rettigheter, kommu-

nens plikter og klage er videre fordelt på tre forskjellige lover; kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. Dette kan gjøre det vanskelig for brukerne å orientere seg om regelverket. Tilsyn med helsetjenester til eldre har for eksempel avdekket at kommunenes saksbehandlere har problemer med å holde oversikten over hvilke tjenestetilbud som skal vedtas med hjemmel i hvilken lov. Helsetjenester tildeles derfor ofte med hjemmel i sosialtjenesteloven og omvendt.

Ovennevnte tydeliggjør at det er behov for et felles og harmonisert regelverk for disse tjenestene. Et av hovedformålene med en felles lov er å etablere et regelverk som skal være oversiktlig og lett å bruke og forstå både for pasienter, brukere, personell, og administrativt ansatte i kommunen. Videre er det en målsetting å hindre ulikheter i regelverket eller i praktiseringen av dette som kan skape vansker for samordning av og samhandling mellom de ulike tjenestene og forvaltningsnivåene.

For nærmere omtale av lovforslagets struktur, se kapittel 7.

5.3 Oppfølging av samhandlingsmeldingen

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) er det presentert enkelte grep og overordnede prinsipper som skal sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene ved den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet. Samlingsreformen skal bidra til en mer effektiv ressursbruk samlet sett, og sikre en bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren. Samhandlingsreformens mål kan hovedsakelig oppsummeres slik:

- i. Å angi rammene for en ny kommunerolle – kommunenes oppgaver skal tydeliggjøres
- ii. Økt innsats på folkehelse og forebygging
- iii. Bedre legetjeneste i kommunene
- iv. Understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp
- v. Legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste
- vi. Legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Lovgivning er ett av flere virkemidler som skal støtte opp under disse målsettingene. Nedenfor

gjennomgås de ulike målene slik disse i er behandlet i meldingen og i Helse- og omsorgskomiteens Innst. 212 S (2009-2010).

5.3.1 Rammene for fremtidens kommunerolle

I samhandlingsmeldingen er det påpekt at kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken bør endres slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i tidlige faser av pasientforløp. Videre er det lagt til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. På denne bakgrunn vises det i meldingen til at det må vurderes om aktuelle oppgaver og aktiviteter skal overføres til kommunene. I den sammenheng må det legges vekt på i hvilken grad de aktuelle oppgavene kan løses mest effektivt og til beste for pasienten på kommunalt nivå.

Helse- og omsorgskomiteen har på side 20 uttalt følgende:

«Komiteen vil påpeke at det er avgjørende viktig at kommunens nye helseansvar kommer tydelig fram i lovgivningen slik at tiltak for bedre helsetilstand får en helt annen plass på dagsorden i alle kommunale organ og sektorer. Komiteen mener folkehelseperspektivet må fremheves i dette nye helseansvaret.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke at det gjennom lovgivningen bl.a. i ny helse- og omsorgslov for kommunene fastsettes en klarere ansvarsfordeling mellom helseforetakene og kommunene. En slik klarhet er viktig for godt samarbeid og god samhandling. I dette lovverket må, der det er mulig og hensiktsmessig, det konkretiseres hvilke nye oppgaver kommunene skal få ansvar for. Flertallet vil understreke at prinsippet om at alle kommuner har ansvar for de samme tjenestene, skal ligge fast også på helseområdet. (...)».

Kommunal- og forvaltningskomiteen uttaler følgende på side 37:

«Komiteen understreker at kommunene er en sentral aktør i samhandlingsreformen. Det er derfor avgjørende for reformens suksess at kommunene settes i stand til å oppfylle sin rolle. Særlig vil komiteen peke på betydningen av at kommunene får klar beskjed om hvilke

oppgaver de skal overta, med tilstrekkelig tid til å forberede nødvendige endringer».

5.3.2 Bedre legetjeneste i kommunene innenfor fremtidens kommunerolle

I samhandlingsreformen er det foreslått at det fremover skal legges til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del. Dette vil gi rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver. Regelverket skal, sammen med det sentrale avtaleverket og dialog med de berørte organisasjoner, legge til rette for en sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side.

Et flertall i Helse- og omsorgskomiteen, bestående av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har uttalt følgende på side 29:

«Dette flertallet støtter at det blir bedre ledelse og styring av allmennlegetjenesten, både av de allmennmedisinske offentlige legeoppgavene, av at kurativ praksis er i tråd med helsepolitiske prioriteringer og oppfølging av legers praksis ut fra nasjonale kvalitets- og funksjonskrav i tråd med god medisinsk praksis.»

5.3.3 Understøtte klarere pasientrolle og helhetlig pasientforløp

Samhandlingsmeldingen understreker viktigheten av å legge til rette for at tjenestene skal understøtte brukerens mestring av eget liv. Dagens helse- og omsorgstjeneste inneholder ikke i tilstrekkelig grad strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i brukerens behov. Et av de mest sentrale punktene i samhandlingsmeldingen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten bør bedre sin evne til å svare på pasientens behov for koordinerte tjenester.

Det tas til orde for å legge til rette for helhetlige pasientforløp slik at brukerens helhetlige behov for tjenester kan dekkes. Hensynet til brukeren skal ligge til grunn for tjenesteytelsen, og det skal tilrettelegges for at tjenestene er lett tilgjengelige, sammenhengende og tilpasset tjenestemottakers individuelle behov, ønsker, levesett og evner. Det skal legges til rette for at pasientene og deres organisasjoner i større grad skal trekkes med i arbeidet med struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. I meldingen foreslås det å lovfeste en plikt til å sørge for at pasienter med behov for

koordinerte helse- og omsorgstjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene.

Helse- og omsorgskomiteen har på side 19 i sin innstilling uttalt følgende:

«Komiteen merker seg at meldingen fastslår at gjeldende lovgivning ikke pålegger noen nivåer eller strukturer under departementsnivå ansvar for helheten i tjenestene. Komiteen mener dette er medvirkende til at tjenestetilbudet samlet blir for fragmentert. [...]Komiteen støtter derfor at det etableres en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med særlig behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en pasientkoordinator som kontaktpunkt i tjenestene».

5.3.4 Tilrettelegging for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

En sterkere kommuneinnsats forutsetter nært samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Den løpende fag- og teknologiutviklingen gjør at det er vanskelig å trekke en absolutt og endelig grense mellom kommunens ansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar i helse og omsorgstjenesten. Begge disse forhold, sammen med hensynet til en helhetlig brukeropfølging, begrunner et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Samarbeidet skal bygge på likeverdighet.

Samhandlingsmeldingen foreslår at det skal legges til rette for et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak om oppgavefordeling og samarbeid. Avtalene skal bidra til å forhindre uklarhet om ansvarsforhold og oppgaver. Innretningen på samarbeidet forutsettes avklart mellom partene. Videre forutsettes kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Helhetlig pasientforløp skal ligge til grunn for samhandling mellom nivåene.

Helse- og omsorgskomiteen har på side 20 uttalt følgende:

«Komiteen gir sin tilslutning til at det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om oppgavefordeling og samarbeid».

Helse- og omsorgskomiteen støtter videre på side 25 at «kommuner i nødvendig grad inngår samar-

beid for å kunne oppnå de ønskede helsemessige og samfunnsmessige gevinster ved reformen».

5.3.5 Tilrettelegging for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

En større satsing på kommunenes helse- og omsorgstjenester betyr ifølge meldingen ikke at spesialisthelsetjenesten skal svekkes, men at rollene og oppgavene vil endres. Spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste skal bli mer likeverdige beslutningstakere. Det er en ambisjon om å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen.

Gjennom en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal det legges til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn. De ulike delene av helse- og omsorgstjenestene skal forbedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Det må være et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helse- og omsorgstjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene.

Samhandlingsmeldingen definerer forløp slik:

«Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov»

Helse- og omsorgskomiteen har på side 31 uttalt følgende:

«Komiteen er enig i at spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning samt legge vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester (...).»

5.4 Sosialfaglige perspektiver i ny lov

5.4.1 Høringsinstansenes syn

Mange sentrale høringsinstanser er kritiske til det de mener er en retningsendring i lovforslaget som ble sendt på høring; de sosiale tjenestene og de

sosialfaglige perspektivene fortrenses til fordel for en helsefaglig tilnærming. Det uttrykkes bekymring for at de tidligere sosialtjenestene vil få en perifer og mindre viktig betydning, og at hovedfokus rettes mot de som har behov for hjelp på grunn av sykdom. Dette kan bidra til en sykeliggjøring av de som trenger hjelp og bistand for å løse sosiale problemer. Flere savner en mer likeverdig vektning av helsetjenestefokus og fokus på de sosialfaglige elementene, hvor blant annet aktivitet og mestring er sentralt. En vridning mot et sterkere helseperspektiv styrker individperspektivet fremfor et fokus på sosiale mekanismer som ekskluderer og marginaliserer grupper av mennesker. Flere mener at begrepet «omsorgstjenester» er snevrere enn begrepet «sosiale tjenester» og frykter at man mister noe ved denne omdefineringen.

5.4.2 Sosialfaglig arbeid i kommunene

Det har skjedd en utvikling av det kommunale tjenestetilbudet de senere år, med en sterkere vektlegging av medikamentell behandling, medisinsk oppfølging og pleie. I Helsedirektoratets rapport om prioriteringer i pleie- og omsorgstjenesten de siste 20 år, fremgår det at medisinske tjenester prioriteres fremfor sosiale tjenester (*Hvordan bidrar offentlig pleie- og omsorgsstatistikk til å belyse prioriteringer og samhandling*, Helsedirektoratet 2010). Det blir blant annet vist til at det først og fremst er hjemmesykepleien som har stått for det meste av veksten i sektoren, mens tallet på de som får praktisk bistand og hjemmehjelp har gått ned. Utfasingen av aldershjemmene har samtidig bidratt til at medisinsk pleie har fått en langt mer sentral plass også i institusjonsomsorg.

Det har skjedd en utvikling av innholdet i sosialt arbeid, både som begrep og fenomen. Opprinnelig ble begrepet brukt i en ganske vid og allmenn betydning om forhold som hadde med samfunnet og samspill mellom mennesker å gjøre. Etter hvert har nok begrepet fått et snevrere innhold; mer i retning av å karakterisere tjenester og tiltak til personer i særlig utsatte situasjoner. Andre ord som velferd, omsorg, integrering og inkludering har overtatt deler av det tidligere innholdet i sosialbegrepet.

Som nevnt innledningsvis er flere av høringsinstansene bekymret for at det nye lovforslaget er med på å forsterke en økende medisinskfaglig tilnærming til sosiale problemer. Fellesorganisasjonen (FO) mener for eksempel at dette kan settes i sammenheng med den individualiseringen av problemer som foregår på de fleste arenaer i samfun-

net. Forklaringer som kan knyttes til individuelle faktorer fortrenger de mer samfunnsorienterte og sosialfaglige forklaringsmåtene.

Departementet mener det er grunn til å være oppmerksom på en slik utvikling med tanke på å finne løsninger på dagens og fremtidens utfordringer.

Mennesker med nedsatt funksjonsevne er ikke nødvendigvis pasienter eller syke. Aldring er heller ingen sykdom. Hjelpenebehovene kan ofte forklares med funksjonstap, praktiske hindringer, sosiale forhold og levekår, som må møtes med fjerning av funksjonshemmende barrierer og tilbud om praktisk og personlig bistand, assistanse, tilrettelagte boliger, aktivitet og aktiv forebygging. Et eksempel er personer med funksjonshemninger som i mange tilfeller trenger tilrettelegging for at de skal kunne delta i aktiviteter, gjennomføre utdanning og være i arbeid.

I arbeidet med å harmonisere kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven til en felles lov har det vært viktig å tilrettelegge for en helhetlig og felles tilnærming av de oppgavene den kommunale helse- og sosialtjeneste utfører. Pleie- og omsorgstjenestene etter kommunehelsetjenesteloven og de sosiale tjenestene etter sosialtjenesteloven er til dels like og overlapper hverandre i dagens kommunale tjenesteutøvelse. To fagområder som frem til i dag har vært ulikt rettslig regulert, skal nå samles i en felles rettslig regulering. Det overordnede målet med lovforslaget er å legge til rette for bedre samhandling, større tverrfaglig samarbeid og helhetlige løsninger i kommunene. Et felles begrep for tjenestene i den nye

loven kan etter departementets mening bidra til at dette målet nås. Departementet har valgt å benytte fellesbegrepet «helse- og omsorgstjenester». Begrunnelsen for dette er delvis at «omsorgstjenester» er et innarbeidet begrep i offentlige dokumenter, for eksempel St. meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, mulighet og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*, og at «sosiale tjenester» som juridisk begrep bør forbeholdes lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, for å unngå sammenblanding av regelverkene. Omsorgsbegrepet er også drøftet i punkt 7.4 om lovforslagets virkeområde.

Begrepsbruken skal ikke innsnevre forståelsen av det sosialfaglige arbeidet som utføres i kommunen. I loven er det sosialfaglige arbeidet og de sosiale tjenestene ivaretatt ved at de kommunale oppgavene og tjenestene som fremkommer av dagens sosialtjenestelov videreføres i den nye loven. Videre er det sosialfaglige arbeidet fanget opp i lovens formålsbestemmelse § 1-1, som skal være styrende på innretningen av kommunens tjenestetilbud. I formålsbestemmelsen fremgår det blant annet at loven skal fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Videre skal loven tilrettelegge for mestring og sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Tjenestene og de faglige vurderingene som ligger til grunn for tildeling og gjennomføring av disse skal skje i tråd med lovens formålsbestemmelse.

6 Sentrale hovedtrekk i lovforslaget

I dette kapitlet redegjøres det kort for sentrale hovedtrekk i lovforslaget, og da særlig for de endringsforslagene som vil innebære ny regulering. De mer tekniske endringene som følger av harmoniseringen av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven blir ikke drøftet her. Det henvises til hvor i proposisjonen man kan lese nærmere om bakgrunn og begrunnelse for forslagene.

Sentrale forslag om kommunens ansvar

Lovforslaget innebærer at det blir en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, til erstatning for kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. En felles lov mener departementet vil gi et bedre grunnlag for å fremme samhandling mellom tjenestene i kommunen enn å videreføre dagens system med to atskilte tjenestelover. Med andre ord oppheves det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. Videre har departementet i størst mulig grad innrettet lovforslaget som en rendyrket «pliktlav» eller «tjenestelav» for kommunen. For nærmere omtale av disse endringene, se kapittel 7.

Et hovedgrep som gjøres i dette lovforslaget, er at kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenesten tydeliggjøres. Med et overordnet sørge-for-ansvar ønsker departementet å sikre at kommunene innenfor de rammer lov og forskrift setter, selv kan velge hvordan de vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov. Det har vært en viktig føring for departementet at lovforslaget sikrer at kommunene har mulighet til å utforme tjenestene de skal sørge for på en god og hensiktsmessig måte ut i fra lokale forutsetninger. For nærmere omtale av kommunenes sørge-for-ansvar, se kapittel 12.

I forlengelsen av dette ønsker departementet også å lovfeste en overordnet og profesjonsnøytral angivelse av kommunens plikter. Det er departementets vurdering at en slik regulering av kommunens plikter vil være mer dynamisk og anvendbar i forhold til helsefaglig utvikling og nye måter å organisere tjenestetilbudet på. Overordnet og profesjonsnøytral lovgivning vil understøtte tje-

nesteytelse på tvers av fagprofesjoner og samarbeid mellom deltjenester. For nærmere omtale av forslaget til overordnede prinsipper for kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester, se kapittel 14.

Selv om lovforslaget har som utgangspunkt at kommunens ansvar reguleres på en mer overordnet måte, er det i lovforslaget likevel stilt konkrete krav til det nærmere innholdet i sørge-for-ansvaret. Dette innebærer at det er stilt krav om hva slags tjenester kommunen konkret plikter å tilby eller yte, samt hva slags innhold og omfang de ulike tjenestene skal ha. Dette behandles i kapittel 15.

Lovforslaget viderefører gjeldene ansvar og oppgaver som kommunen har i dag etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Dette gjelder både med hensyn til forebygging for å dempe behovet for helse- og omsorgstjenester og med hensyn til at større deler av pasientforløpet kan håndteres i kommunens helse- og omsorgstjeneste i stedet for i spesialisthelsetjenesten. Finansieringsordningene i samhandlingsreformen, blant annet kommunal medfinansiering og finansiering av utskrivningsklare pasienter, vil legge til rette for økt aktivitet i kommunene ved at større deler av pasientbehandlingen kan finne sted i kommunene.

Det foreslås imidlertid lovfestet to nye oppgaver for kommunene. Den ene oppgaven er innføring av en plikt for kommunen til å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelige helse- og omsorgstjenester. Den andre oppgaven er at kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Når det gjelder den førstnevnte oppgaven om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, så vil plikten kun gjelde for de pasienter og brukere som kommunen selv har muligheten til å utrede, behandle eller yte omsorg. Formålet med plikten er å sette kommunene i stand til tilby like gode eller bedre tilbud enn spesialisthelsetjenesten til pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Gjennom forsøk er det vist at det kan etableres kommunale tilbud som er gode alternativer til sykehusinnleggelse

for enkelte pasienter. Departementet ser at det er behov for en gradvis innføring av denne plikten, og at det vil ta noen år før alle kommuner har forutsetninger for å innfri en lovpålagt plikt om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Departementet foreslår derfor å lovfeste plikten, men med utsatt ikrafttredelse. For nærmere omtale av forslaget, se kapittel 16.

Forskning og bruk av forskningsresultater er et viktig virkemiddel for å sikre kvalitet og kostnadseffektivitet på tjenestetilbudet. For å sikre forskningens relevans, samt bidra til implementering av ny kunnskap i tjenesten, vil det være viktig med økt medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i den forskningen som gjennomføres i regi av forskningsinstitusjonene. Departementet foreslår derfor å lovfeste at kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For nærmere omtale, se kapittel 23.

Videre tydeliggjør lovforslaget kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunen er den sentrale arenaen for folkehelse-, forebyggende- og helsefremmende arbeid, og departementet ønsker å tydeliggjøre dette arbeidet. Kommunen har allerede i dag et slikt ansvar, men dette foreslås tydeliggjort i lovforslaget. For nærmere omtale av dette, se kapittel 17.

Et annet sentralt grep i lovforslaget er å tydeliggjøre kommunens virksomhetsansvar for å tilby forsvarlige tjenester. Kommunens ansvar for å yte eller tilby forsvarlige tjenester er i dag indirekte og fragmentert regulert sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Det foreslås derfor en ny lovbestemmelse som presiserer at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. For nærmere omtale av forsvarlighetskravet og hva som ligger i dette kravet, se kapittel 20.

I forlengelsen av dette forelås det også et lovbestemt krav om at alle virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal drive systematisk kvalitetsforbedrings- og pasient- og brukersikkerhetsarbeid. Dette er nærmere omtalt i kapittel 21.

Sentrale forslag for pasienter og brukere, samt personell

Lovforslaget innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til helse- og omsorgstjenester i all hovedsak videreføres, men samles i pasientrettighetsloven. I dag har kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven flere

bestemmelser som gir den enkelte pasient eller bruker rett til nærmere definerte tjenester eller ytelser fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det å etablere et skille mellom kommunens plikter og pasient og brukers rettigheter i ulike lover vil etter departementets oppfatning gjøre regelverket mer oversiktlig og lettere tilgjengelig. For nærmere omtale av pasient og brukers materielle og prosessuelle rettigheter, se kapittel 29 og 30.

I lovforslaget foreslås en plikt for kommunene til å oppnevne en koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinator skal være kontaktperson og ha hovedansvar for å følge opp innspill fra pasienter og brukere. Koordinator skal ha en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at pasient og bruker får et «sømløst» tilbud. For nærmere omtale av koordinatorrollen, se kapittel 31.

Videre foreslås det at Fylkesmannen skal være felles klage- og tilsynsinnsans for alle tjenester etter den nye loven. Dagens lovgivning har tre forskjellige klageordninger for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ordningene er regulert i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rettsbildet er komplisert og uoversiktlig. Departementet foreslår å harmonisere dette regelverket og mener dette innebærer en betydelig forenkling for brukerne av regelverket.

Når det gjelder tilsyn foreslår departementet at Fylkesmannen skal være regional tilsynsinnsans, men at Statens helsetilsyn fortsatt skal ha det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet. For nærmere omtale av klage og tilsyn vises det til kapittel 34 og 35.

Det foreslås at helsepersonelloven i all hovedsak skal gjelde for alt personell som yter tjenester som omfattes av loven. Forslaget innebærer at personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven i utgangspunktet vil omfattes av helsepersonellovens bestemmelser, herunder bestemmelser om krav til forsvarlig yrkesutøvelse og krav til taushetsplikt. Klargjøring av plikter i forhold til yrkesutøvelsen har vært en viktig målsetning for forslaget. For nærmere omtale, se kapittel 10.

Sentrale forslag for å sikre samhandling mellom kommunene og helseforetakene

Et av hovedgrepene for å bedre samhandlingen er forslaget om å innføre et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak/regionale hel-

seforetak. Avtalene skal understøtte lovgivningen om samhandling, og bidra til å sikre likeverdighet mellom avtalepartene og sikre mer enhetlig praksis både på regionalt og nasjonalt nivå. Departementet mener avtalen vil være et sentralt verktøy for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp og tjenestetilbud. For nærmere omtale av lovpålagt krav om lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak, se kapittel 28.

Et annet viktig område er elektronisk samhandling. I dag er det et problem at IT-systemer ikke bruker de standarder som er utviklet for elektronisk samhandling. I lovforslaget foreslås det å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Departementet mener dette vil bidra til en mer effektiv utveksling av viktige pasientopplysninger og dermed også bidra til bedre helse- og omsorgshjelp. For nærmere omtale av elektronisk samhandling, se kapittel 26.

I mange av de andre forslagene er det et underliggende formål at endringene skal være med på å skape mer og bedre samhandling mellom deltjenester og mellom tjenestenivåene. Et eksempel er forslaget om koordinator.

Sentrale forslag om finansiering

Et nytt grep om finansiering i lovforslaget er forslaget om å innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Kommunal medfinansiering skal gi et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innsats kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og helseforetak til å samarbeide. Det foreslås en hjemmel for departementet til å gi nærmere bestemmelser i forskrift for kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret. For nærmere omtale, se kapittel 41.

Videre foreslås det at kommunen skal ha ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag én. Den foreslåtte endringen vil, i større grad enn dagens ordning, gi kommunene et økonomisk insentiv til å etablere tilbud med lavere kostnad enn i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til lovbestemmelsen kan departementet i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser. For nærmere omtale, se kapittel 40.

7 Lovforslagets struktur, formål og virkeområde

7.1 Innledning

I dette kapitlet vil departementet redegjøre for lovforslagets struktur, samt deretter forslaget formål og virkeområde. Departementets forslag må særlig sees i sammenheng med høringsnotatets kapittel 9 hvor det er redegjort for forholdet til andre lover, og kapittel 10 og 11 hvor det er redegjort for forholdet til henholdsvis helsepersonelloven og forvaltningsloven.

7.2 Lovforslagets struktur

7.2.1 Dagens lovstruktur

Helselovgivningen består av en rekke lover som regulerer ulike deler av tjenesten. Kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten reguleres henholdsvis av kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Egne lover er gitt for særskilte områder, blant annet psykisk helsevernloven, helseregisterloven, tilsynsloven, pasientskadeloven, smittevernloven, bioteknologiloven og helseforetaksloven. Helsepersonells yrkesutøvelse er regulert i helsepersonelloven. Pasientens rettigheter er regulert i pasientrettighetsloven. I likhet med helsepersonelloven gjelder pasientrettighetsloven både for primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og privat virksomhet.

Oppstillingen ovenfor viser at det er mange lover som regulerer den helsevirksomheten kommunene er ansvarlig for. På flere områder er det en dobbeltregulering av den kommunale helsetjenesten. Dette gjelder blant annet regulering av retten til hjelp, klageordning og tilsyn.

Reguleringen av sosialtjenesten skiller seg fra reguleringen av kommunehelsetjenesten ved at regelverket i hovedsak er samlet i en lov. Lov om sosiale tjenester mv. regulerer sosiale tjenester. Sosialtjenesteloven regulerer også retten til hjelp, klageordning, tilsyn, taushetsplikt mv. Forvaltningslovens regler om saksbehandling gjelder med enkelte særregler fastsatt i sosialtjenesteloven.

7.2.2 Ulike lovmodeller

I NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helse-tjenesten* har Berntutvalget vurdert tre modeller for en bedre harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivningen. Den første modellen går ut på å videreføre dagens system med to lover, men i harmoniserte utgaver. Modell to er en felles lov for den kommunale sosial- og helsetjenesten som bare omfatter organisering av tjenestene og hvilke tjenester kommunen skal være forpliktet til å yte, kombinert med en ny sosialpersonellov på linje med helsepersonelloven, alternativt en endring av helsepersonelloven til også å omfatte sosialpersonell. Denne modellen forutsetter at tjenestemottakerens rettigheter og krav til tjenestestøtningen reguleres særskilt, eventuelt som en endring av pasientrettighetsloven til også å omfatte mottakere av sosiale ytelser. Utvalget mente det kunne være grunn til å utrede en slik vidtgående integrering og felles rettslig regulering, men viste til at dette ville kreve betydelig mer tid til gjennomgang av eksisterende regelverk enn utvalget hadde til rådighet. Den tredje modellen, som er den utvalget foreslo, går ut på å erstatte dagens to lover med en felles kommunal sosial- og helsetjenestelov som regulerer kommunens ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakernes rettigheter, beslutningsprosess og klageadgang. Forslaget innebar også at den enkelte tjenesteyter direkte eller indirekte ble pålagt en rekke plikter i forbindelse med tjenesteytingen. I høringen til utredningen støttet et stort flertall av høringsinstansene forslaget til ny felles lov.

7.2.3 St.meld. nr. 47 - Samhandlingsreformen og Stortingets behandling av meldingen

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) er det uttalt at Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere en ny felles helse- og sosiallov for kommunene som en del av oppfølgingen av meldingen, jf. meldingens punkt 17.2. I Innst. 212 S (2009-2010) har Stortinget ikke eksplicit diskutert en felles lov til erstatning for dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenes-

telov, men flere steder legger komiteen til grunn at det skal utarbeides en slik felles lov.

7.2.4 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal oppta gjeldende kommunehelsetjenesteloven og de resterende deler av sosialtjenesteloven. Det ble vist til at en felles lov ville gi et bedre grunnlag for å oppnå et oversiktlig og helhetlig regelverk enn en regulering i to atskilte lover, og at en felles lov særlig ville ivareta behovene til personer som trenger flere sammensatte tjenester og gjøre det enklere for disse å orientere seg om kommunens plikter.

Videre foreslo departementet at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad skulle innrettes mot en rendyrket «pliktlav» eller «tjenestelov» for kommunene. Pasient- og brukerrettigheter ble foreslått regulert i pasientrettighetsloven.

I høringsnotatet ble det også vist til at forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal følge opp prinsippene i samhandlingsreformen, og at hensikten med en ny felles lov slik sett også skal være å sikre godt samarbeid innad i kommunen og å gi kommunene bedre rammebetingelser for å yte helhetlige og integrerte tjenestetilbud. Departementet viste også til behovet for samordning av lovverket for første og andrelinjetjenesten, i tillegg til samordning av lovverket for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I den forbindelse påpekte departementet at en felles kommunal helse- og omsorgstjenestelov ville gi et bedre grunnlag for å fremme samhandling mellom tjenestenivåene enn en videreføring av dagens system med to atskilte tjenestelover.

Departementet foreslo videre at øvrig helselovgivning som utgangspunkt skal komme til anvendelse på alle tjenestene etter den nye loven. Dette betyr at klageadgang, tilsyn, personellens yrkesutøvelse m.m. vil bli regulert i andre lover, og at det i den nye loven som hovedregel ikke vil være nødvendig å skille mellom helsetjenester og andre tjenester.

7.2.5 Høringsinstansenes syn

De aller fleste høringsinstanser som uttaler seg om ny felles lov støtter i utgangspunktet departementets forslag. Blant annet *Helse Vest RHF* uttaler:

«(...) støtter forslaget om en felles kommunal helse- og omsorgslov. Lovforslaget er et viktig grunnlag for oppfølging av samhandlingsreformen.»

Statens helsetilsyn:

«(...) stiller seg positiv til intensjonene om å følge opp Samhandlingsreformen og om å harmonisere lovverket. I høringen av NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten, støttet Statens helsetilsyn forslaget om en felles kommunal sosial- og helsetjenestelov, men, som flere andre høringsinstanser, etterlyste vi en nærmere vurdering av forholdet til annet lovverk, spesielt i forhold til spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.

Statens helsetilsyn støtter departementet i at grunnleggende verdier som trygghet, respekt, valgfrihet og medvirkning skal videreføres i den nye loven sammen med de overordnede målsetningene om å redusere sosiale helseforskjeller, og å sikre alle pasient- og brukergrupper lik tilgang til likeverdige og individuelt tilpassede tjenestetilbud av god kvalitet, når de trenger det.»

Helsedirektoratet:

«(...) mener lovforslaget gir flere positive nyvinninger, særlig med hensyn til felles regulering av helse- og omsorgstjenestene. Direktoratet mener også at det i utgangspunktet er positivt at rettighetene samles i lov om pasientrettigheter.»

Arbeids- og velferdsdirektoratet:

«Arbeids- og velferdsdirektoratet støtter forslaget om felles kommunal helse- og omsorgslov som vil erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Vi har imidlertid noen generelle bemerkninger og noen kommentarer til enkelte kapitler og bestemmelser i loven.

NAV-reformen (innføringen av ny arbeids- og velferdsforvaltning) og etableringen av lokale NAV-kontor som forvalter både statlige og kommunale tjenester, skapte behov for lovgivning som støttet opp under samordning og koordinering av NAV-kontorets samlede ansvar overfor bruker. Tjenester av hovedsaklig økonomisk og arbeidsrettet karakter i sosialtjenesteloven av 13.12.91 ble skilt ut i egen lov, lov om sosiale tjenester i arbeids- og vel-

ferdsforvaltningen av 18.12.09 (lov om sosiale tjenester i NAV). Arbeids- og velferdsdirektoratet støtter at de resterende tjenester i sosialtjenesteloven nå blir regulert i felles kommunal helse- og omsorgslov for å styrke det helhetlige tilbudet til brukere av helse- og omsorgstjenester. Vi støtter også at de resterende tjenester i sosialtjenesteloven går inn under begrepet omsorgstjenester.»

Midt-Troms regionråd (kommunene Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy):

«Samordning av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i en ny helse- og omsorgslov, ønskes svært velkomment! Regulering av helse-, pleie- og omsorgstjenester og sosiale tjenester gjennom dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, oppleves å være i utakt med virkeligheten. Regelverket er konserverende, forvirrende og unødvendig komplisert, og behovet for samordning og forenkling har gjort at praksisen i kommunene har utviklet seg foran lovgivningen på dette feltet.

De grunnleggende, generelle endringene som departementet foreslår, oppfattes av Midt-Troms regionråd som en nødvendig opprydding og bevisstgjøring, både for kommunene som forvaltere av helse- og omsorgstjenester, for helsepersonell og saksbehandlere på kommunale tildelingsenheter, og for søkere og mottakere av kommunale tjenester.»

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag (felles høringsuttalelse med unntak av spørsmålet om hvem som skal være klage- og tilsynsinstans):

«Fylkesmannen i Sør-Trøndelag støtter lovforslaget når det bl.a. gjelder å oppheve det lov-messige skillet mellom kommunale helse-, sosial- og omsorgstjenester og lage et enhetlig, samordnet og oppdatert regelverk for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det samme gjelder at loven i størst mulig grad innrettes som en rendyrket «pliktlav» for kommunene, og at rettighetene til den enkelte samles en revidert pasientrettighetslov.»

Kristiansand kommune:

«En ny felles lovgivning er en faglig riktig og ønsket utvikling, som i stor grad signaliserer at

helheten bør fokuseres. Dette er utfordrende, men vil bidra til å gjøre det lettere å gi et sammenhengende tjenestetilbud og fremme helhetstankegang.»

Noen få høringsinstanser er imot departementets forslag om en ny felles lov. Blant annet uttaler *Norges handikapforbund* følgende:

«NHF støttet Bernt utvalgets forslag om å erstatte lov om helsetjenesten i kommunen og lov om sosiale tjenester med en felles lov, men vi er svært bekymret over den ensidige medisinske forståelsen som preger forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. En medisinskfaglig virkelighetsbeskrivelse, problemforståelse og løsningsforslag der alt gjøres til et spørsmål om helse er for snevert i forhold til å favne en politikk og et lovverk som skal fremme likeverd, likestilling og full deltakelse. Vi mener dette ikke bidrar til å møte eller løse de utfordringer som loven skal regulere. (...)

NHF mener at kombinasjonen av helse- og omsorgsfokus, økt kommunal selvstyre og reduserte rettigheter vil få dramatiske konsekvenser for funksjonshemmedes muligheter for likeverd, likestilling og full deltakelse. At de individuelle rettigheter flyttes til pasientrettighetsloven forsterker synet om at *funksjonshemmet* og *pasient* er synonyme begreper. (...)

På bakgrunn av ovennevnte anbefaler NHF sterkt om en revurdering av lovforslaget. Loven må ikke bli en rendyrket tjenestelov. De individuelle rettighetene må styrkes, og løftene om individuell rettighetsfesting av BPA må innfris.»

Norsk Forbund for Utviklingshemmede:

«NFU kan se en fordel i å ha en felles lov for helse- og omsorgstjenestene, men slik lovforslaget nå er blitt ser vi det som beste løsningen å beholde sosialtjenesteloven slik den er. For oss fremstår det at den delen som heter omsorgstjenester, som vi vil kalle praktisk bistand, har forsvunnet i det store prosjektet – samhandlingsreformen.»

Når det gjelder forslaget om å innrette den nye loven mest mulig mot en rendyrket «pliktlav» eller «tjenestelov» er det flere høringsinstanser som uttaler seg. De fleste høringsinstansene er av den oppfatning at det er positivt at loven innrettes som en pliktlav, og at pasient- og brukerrettigheter

reguleres i pasientrettighetsloven. Blant annet *Stavanger kommune* uttaler:

«Felles lovverk, og rendyrking av ny lov som pliktlov, vil også ventelig gjøre det lettere for brukerne å orientere seg om kommunens forpliktelse.»

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet:

«(...) slutter seg forslaget om at lovverket deles inn i en pliktlov og en rettighetslov. Etter denne endringen fremstår regelverket som mer ryddig og brukervennlig. HOD bør imidlertid sørge for at plikt- og rettighetslovene henger sammen ved at de individuelle rettighetene «speiles» av tilsvarende plikter for kommunen.»

Funksjonshemmedes felleorganisasjon:

«(...) er i utgangspunktet ikke kritisk til at den nye loven utformes som en kommunal pliktlov og at brukes og pasienters rettigheter lovfestes i egen lov. Men pasientrettighetsloven må tilpasses langt bedre enn det som angis i høringsdokumentet for at den også skal kunne fungere som en god brukerrettighetslov.»

Fagforbundet:

«Forslaget innebærer at pasientrettighetene samles i pasientrettighetsloven. Dette kan oppfattes som en svekkelse av rettighetene, selv om forslaget ikke innebærer noen materiell endring. Vi støtter likevel forslaget om å regulere rettighetene i pasientrettighetsloven, slik at dobbeltreguleringen bortfaller.»

Justis- og politidepartementet mener begrunnelsen i høringsnotatet for en pliktlov ikke er treffende, og uttaler at:

«Et godt stykke på vei er innbyggernes rettigheter og kommunens plikter etter helse- og omsorgslovgivningen to sider av samme sak. Etter vårt syn er det ikke treffende å begrunne forslaget til valg av lovstruktur på området med at det kan være uheldig med den typen blanding av kommunens plikter og innbyggernes rettigheter som finnes i dagens regelverk (...). Særlig hensynet til oversikt og sammenheng i regelverket taler i prinsippet for at rettighetene og pliktene bør komme til uttrykk i samme regelverk. At det foreligger også andre hensyn

av betydning, herunder at vi har en egen pasientrettighetslov, er en annen sak.»

7.2.6 Departementets vurderinger og forslag

Departementet vurderer det slik at et sentralt spørsmål er hvilken lovmodell som på best mulig måte ivaretar målet med harmoniseringen av gjeldende regelverk, og som bidrar til færrest mulig gråsoner og uklarheter i regelverket. I tillegg til de tre modellene som Berntutvalget vurderte, finnes også andre mulige modeller for regulering av de kommunale sosial- og helsetjenestene. I begrunnelsen for oppnevningen av utvalget ble det vist til dagens regulering av pleie- og omsorgstjenestene. Reguleringen av disse tjenestene er forankret både i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven, og tjenestene ytes ofte av samme personell. De uheldige virkningene av dagens todelte regulering er særlig tydelige for disse tjenestene, noe som kan begrunne en egen pleie- og omsorgslov. En slik lov vil imidlertid etter departementets vurdering ikke forenkle regelverket, men heller etablere nye gråsoner mellom de kommunale tjenestene og øke uklarheten om hvilke regler som gjelder for hvilke tjenester. Departementet finner derfor ikke grunnlag for å tilrå en egen pleie- og omsorgslov.

Som Berntutvalget selv har pekt på, er det en utfordring å unngå at en felles lov blir for stor og uoversiktlig. Etter at utvalget la frem sin innstilling, er det imidlertid etablert en ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV), jf. lov om arbeids- og velferdsforvaltningen. I tillegg er enkelte deler av sosialtjenesteloven nylig skilt ut i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette er nærmere omtalt nedenfor i punkt 9.13. Dette gjelder reglene om økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad. Loven omfatter også kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet og plikt til å skaffe midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. Overføringen av deler av sosialtjenesteloven til lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen har også medført at de oppgavene som foreslås regulert i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, vil bli mer likeartede enn hvis loven skulle omfatte alle de oppgavene/tjenestene og tiltakene som tidligere var regulert i sosialtjenestelov.

I tillegg til ovennevnte «flytting» av deler av sosialtjenesteloven, viser departementet til at det

parallelt med denne proposisjonen også arbeides med proposisjon om forslag til ny folkehelselov. Det foreslås her blant annet at gjeldende bestemmelser om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4 a, samt enkelte andre bestemmelser om folkehelsearbeid, flyttes til den nye folkehelseloven.

Det er departementets oppfatning at en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som opptar gjeldende kommunehelsetjenestelov og de resterende deler av sosialtjenesteloven, vil gi et bedre grunnlag for å oppnå et oversiktlig og helhetlig regelverk enn en regulering i to atskilte lover. En felles lov vil særlig ivareta behovene til personer som trenger flere sammensatte tjenester og samtidig gjøre det enklere for disse å orientere seg om kommunens plikter. Et stort flertall av høringsinstansene deler departementets syn om en ny felles lov. Departementet vil derfor opprettholde forslaget om en ny felles kommunal helse- og omsorgstjenestelov.

Når det gjelder forslaget om å gjøre denne loven til en rendyrket pliktlov for kommunene har de fleste høringsinstansene som har uttalt seg eksplisitt om dette temaet, vært positive til forslaget. I dag har både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven bestemmelser om henholdsvis kommunens *plikter* og pasientens og brukerens *rettigheter*. På helseområdet har man i dag i hovedsak samlet rettighetsbestemmelser i pasientrettighetsloven og en «dobbelregulering» av rettighetene kan skape uklarhet om hva som gjelder. Departementet vil derfor opprettholde forslaget om at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad innrettes mot en rendyrket «pliktlov» eller «tjenestelov» for kommunen, selv om det kan være behov for enkelte unntak fra dette prinsippet, jf. kapittel 36 og 37 om særregler for tvang overfor psykisk utviklingshemmede og rusmiddelavhengige.

I tråd med ovenstående foreslår departementet at flest mulig av dagens rettigheter samles i pasientrettighetsloven. Det vil være en fordel om pasienter og brukere i størst mulig grad kan forholde seg til en enkelt lov for å avklare sine rettigheter, jf. kapittel 29 og 30.

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal også følge opp prinsippene i samhandlingsreformen. Hensikten med en ny felles lov er slik sett også å bidra til å sikre godt samarbeid innad i kommunen og å gi kommunene et bedre juridisk grunnlag for å yte helhetlige og integrerte tjenestetilbud, jf. nærmere om dette i blant annet i kapittel 14 og kapittel 20. Det er viktig å legge til rette for at kommunene kan gi hel-

hetlige og tverrfaglige tilbud – på tvers av dagens deltjenester. Etter departementets vurdering vil en felles lov gi et bedre grunnlag for helhetsteking og tverrfaglig tilnærming til de oppgavene som skal løses.

Etter departementets vurdering er det videre viktig å velge en lovmodell som kan bidra til å fremme samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for samordning av lovverket for første og andrelinjetjenesten, i tillegg til samordning av lovverket for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En felles kommunal helse- og omsorgstjenestelov vil etter departementets vurdering gi et bedre grunnlag for å fremme samhandling mellom tjenestenivåene enn å videreføre dagens system med to atskilte kommunale tjenestelover.

Departementets lovforslag bygger på at øvrig helselovgivning som utgangspunkt skal komme til anvendelse på alle tjenestene etter den nye loven. Dette betyr at klageadgang, personellens yrkesutøvelse m.m. vil bli regulert i andre lover, og at det i den nye loven som hovedregel ikke blir nødvendig å skille mellom helsetjenester og andre tjenester. Dette medfører betydelige forenklinger i forhold til dagens regelverk, både for kommunene, pasientene og brukerne, personellet og andre som skal forholde seg til den nye loven. Forslaget innebærer mindre dobbeltregulering av den kommunale helsetjenesten enn det dagens lovstruktur innebærer. Departementet har i utformingen av forslaget lagt vekt på at lovverket for de kommunale helse- og omsorgstjenestene må samordnes samtidig som lovverket for førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten må være samordnet.

7.3 Lovforslagets formål

7.3.1 Gjeldende rett

Sosialtjenesteloven skal fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. I tillegg er formålet å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, jf. sosialtjenesteloven § 1-1. Bestemmelsen uttrykker de sosialpolitiske målene for sosialtjenestens virksomhet.

Etter *kommunehelsetjenesteloven* § 1-2 skal kommunen ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle syk-

dom, skade eller lyte. I tillegg skal kommunen spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet, samt folkehelsen.

I *pasientrettighetsloven* er det presisert at lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten, jf. § 1-1. Her fremgår det også at lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

I *spesialisthelsetjenesteloven* er det listet opp i seks punkter hva som særlig er lovens formål, jf. § 1-1. I tillegg til formål nevnt i kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven, gjelder punktene i spesialisthelsetjenesteloven det å sikre et likeverdig tjenestetilbud, bidra til at ressursene utnyttes best mulig, bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov og bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Tannhelsetjenesteloven skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling, jf. § 1-2. I tillegg skal fylkeskommunen spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.

7.3.2 Forslag i NOU 2004:18 Helhet- og plan i sosial- og helsetjenestene – høringsinnspill

I Berntutredningen er det foreslått en felles formålsbestemmelse der teksten er gjort mer generell og forenklet, særlig i forhold til sosialtjenesteloven § 1-1. Utvalget uttrykte skepsis til å trekke inn «vide ideologiske proklamasjoner» i en lovtekst og ønsket å gjøre formålsangivelsen mer synlig og mer effektiv som rettslig vurderingsnorm i forhold til forvaltningspraksis.

7.3.3 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet en formålsbestemmelse som skulle kombinere innholdet i sosialtjenesteloven § 1-1 og kommunehelsetjenesteloven § 1-2. Departementet viste til at i tillegg til de formålene som ville fremgå av den nye loven, ville også formålene angitt i pasientrettighetsloven gjelde tilsvarende for de som ber om eller mottar hjelp etter den nye loven.

7.3.4 Høringsinstansenes syn

Det er mange høringsinstanser som uttaler seg og har konkrete innspill om lovforslagets formålsbestemmelse. Blant annet *Rådet for psykisk helse* uttaler:

«(...) foreslår at det presiseres i formålet at begrepene sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne i denne loven omfatter både psykisk og somatisk sykdom. I utkastet til lov om folkehelse er dette presisert i § 1 første ledd, samt i § 3 b. og § 4 første ledd. Vi ser ingen grunn til at begrepet sykdom skal omtales ulikt i de to lovene.»

Fylkesmannen i Telemark og Helsetilsynet i Telemark (felles høringsuttalelse med unntak av spørsmålet om felles klage- og tilsynsinnsinstans):

«(...) savner et eget punkt om ivaretagelse av vanskeligstilte grupper, som personer med psykiske lidelser, og/eller rusproblemer, og utsatte barn. Disse gruppene må sikres et helhetlig og samordnet helse- og omsorgstilbud. Av formålsparagrafen til lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (§ 1), fremgår det at loven «skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud». En tilsvarende bestemmelse bør etter vår mening inn i forslaget § 1-1.»

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet:

«Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester inneholder en egen formålsbestemmelse, jf. utkast § 1-1. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen har en egen formålsbestemmelse (§ 1-1), der det fremgår at loven blant annet skal «bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud». På denne bakgrunn anbefaler BLD at det i § 1-1 føyes til at loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.»

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet:

«(...) livsløpsperspektivet er for lite tydelig. Særlig gjelder dette tilbudet til barn og unge, der behovene vil endres også som følge av fysisk og mental utvikling. For barn, unge og personer i yrkesaktiv alder er det av vesentlig

betydning at helsetjenester, herunder habilitering og rehabilitering gis på en slik måte at det ikke står i veien for å følge normert utdanningsprogresjon eller opprettholde kontakt med arbeidsplassen. Dette er av vesentlig betydning for at tjenestemottakeren skal kunne få eller beholde arbeid, og er en kritisk faktor for muligheten til selvforsørgelse senere i livet.

Direktoratet vil derfor tilrå at livsløpspektivet kommer tydeligere fram, for eksempel ved følgende endring i § 1-1, pkt 1: forebygge , lidelse og nedsatt funksjonsevne i alle livsfaser»

Norsk Revmatikerforbund:

«Formålsparagrafen favner godt de oppgaver og tjenester kommunen skal ivareta. utfordringen ligger i om kommunene er i stand til å ivareta dette.»

Fylkesmannen i Oppland og Helsetilsynet i Oppland (felles høringsuttalelse):

«I formålsparagrafen er det to steder tatt til orde for at en normangivelse bør økes. Loven skal «bidra til økt likeverd og likestilling» og å «sikre økt samhandling». Vi mener dette betinger en referanse til et utgangspunkt som kan bli feil som en normangivelse. Målet er likeverd og at det skal samhandles, ikke at målet bare nås gjennom økt likeverd eller økt samhandling. Vi foreslår at ordet «økes» tas ut av lovteksten.»

Norsk forbund for funksjonshemmede:

«(...) er enig i at det er viktig og riktig å videreføre en formålsparagraf. Velger kommunene å bruke formålsparagrafen aktivt mener vi at dette langt på vei vil kunne sikre den enkelte som er i behov av helsehjelp eller praktisk hjelp og omsorg det de trenger.

I forslaget er det i punkt 2 og 5 sagt at lovens formål blant annet skal gi økt likeverd og likestilling og økt samhandling. Vi mener økt bør tas bort. Dette beskriver en relativ størrelse. Har en ingen likeverd og likestilling eller ingen samhandling vil enhver liten endring medføre en økning. Dette vil da ikke bidra til å oppnå det vi forutsetter er tanken bak loven.

Punkt 7 mener vi bør tas bort. Vi er bekymret for virkningene av at effektiv ressursbruk

blir et formål på lik linje med innholdet i loven. Vi mener bestemmelsen kan sette forsvarlighet og rettsikkerhet under press, spesielt i lys av kommunens sterke frihet og selvbestemmelse. Vi forutsetter også at det ligger i alle kommuners egen interesse å forvalte kommunens ressurser på en best mulig måte, uansett hvilket område det er snakk om.

Helsedirektoratet:

«Helsedirektoratet mener at psykisk helse og rus lett vil bli nedprioritert av kommunen dersom det ikke nevnes særskilt i loven. Det bør derfor etter vår vurdering gå klart frem i lovens formålsbestemmelse at psykisk helse og rus omfattes.

Innholdet i begrepet nedsatt funksjonsevne i nr. 1 bør også klargjøres i forarbeidene til å omfatte nedsatt funksjonsevne som følge av rus og psykiske lidelser.»

Norsk Handikapforbund:

«(...) ser som svært positivt at formålsbestemmelsene i sosialtjenesteloven videreføres og styrkes. For den målgruppen som NHF representerer er formålsbestemmelsens punkt 2 og 3 særlig viktig. Vi er likevel bekymret for at andre sider ved lovforslaget vil undergrave formålsintensjonene. NHF's erfaring er at omsorgstjenestene er dominert av helseprofesjoner med til dels manglende kunnskap om betydningen av samfunnsdeltakelse og andre sentrale sosialpolitiske områder. For at formålsbestemmelsene skal fungere som veiledende og retningsgivende for den kommunale virksomheten må disse trekkes inn i merkningene til relevante bestemmelser.»

Rehabilitation International Norge:

«(...) mener at lovens formålsparagraf gir klart uttrykk for kjernen i de oppgaver de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal sørge for. Vi synes det er gledelig at forebygging, behandling og tilrettelegging for mestring er av sykdom, skade, lidelse eller nedsatt funksjonsevne er satt opp som første punkt. Det viser et sterkt mål om ikke bare å fokusere på sykdom, men i større grad bygge opp om det friske og mestring av konsekvenser som ikke kan helbredes. Dette er også kjernen i rehabiliteringsvirksomheten.»

7.3.5 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener det er viktig å utforme en formålsbestemmelse som presiserer et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg må det legges vekt på å oppnå en formålsbestemmelse som kan bidra til å fremme samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Hovedinnholdet i formålsbestemmelsen i sosialtjenesteloven bør videreføres.

Departementet viser også til formålsbestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1. Etter departementets vurdering bør de formålene som er angitt i denne bestemmelsen, også komme til uttrykk i formålsbestemmelsen til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er viktig for å bidra til en mer samordnet forståelse av de overordnede målene med lovverket for helse- og omsorgssektoren.

Departementet mener at lovens formålsbestemmelse også bør underbygge at likeverdige helse- og omsorgstjenester er viktig for befolkningens helse, velferd og trygghet, selv om helse og omsorg først og fremst skapes utenfor helse- og omsorgssektoren. Internasjonale studier av sosioøkonomiske variasjoner i tilgang til helsetjenester viser at helsegevinsten av behandling øker med økende sosioøkonomisk status. Spesialiserte tjenester og forebyggende tjenester brukes mer av grupper med høy sosioøkonomisk status, mens akutte tjenester brukes mer av grupper med lav sosioøkonomisk status. I St.meld. nr. 20 (2006-2007) er det drøftet en rekke vridningsmekanismer som kan skape ulikhet i helsetjenestebruk:

- Organiseringen av tjenesten kan gjøre terskelen for høy for enkelte grupper i en vanskelig livssituasjon.
- Juridiske rettigheter kan virke sosialt skjevt fordi det krever ressurser å hevde rettigheter
- Økt grad av brukervalg kan favorisere de som har kompetanse til å velge.
- Finansieringssystemer kan føre til vridning bort fra pasienter og oppgaver som ikke omfattes av ordningen, noe som kan ramme pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.
- Egenandeler reduserer etterspørselen etter nødvendige og unødvendige tjenester, og gjelder aller mest de som har dårligst råd.
- Helsetjenesteforsikringer og privatfinansierte helsetilbud kan føre til forskjeller og under-

grave hensikten med egenandelsordningen, og dempe etterspørselen etter lavt prioriterte helsetjenester.

Departementet har merket seg at flere høringsinstanser ønsker at det presiseres i formålsbestemmelsen at begrepene sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne i denne loven omfatter både psykisk og somatisk sykdom. Departementet viser til at dette presiseres i lovforslaget § 3-1 andre ledd.

Andre høringsinstanser problematiserer at ordet «økt» er brukt i formålsbestemmelsen. Departementet ser at det kan skape en viss forvirring, da begrepet relaterer seg til en gitt størrelse. Departementet vil derfor foreslå å ta bort ordet i forslag til formålsbestemmelse.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en formålsbestemmelse som kombinerer innholdet i kommunehelsetjenesteloven § 1-2, sosialtjenesteloven § 1-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 1-1, jf. departementets lovutkast § 1-1:

«Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker og at det er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.»

I tillegg til de formålene som foreslås i den nye loven, vil også formålene angitt i pasientrettighetsloven gjelde tilsvarende for de som ber om eller mottar hjelp etter den nye loven, jf. proposisjonens kapittel 29 og 30 hvor det er foreslått å regulere pasienters og brukeres rettigheter etter den nye loven i pasientrettighetsloven.

7.4 Lovforslagets virkeområde

7.4.1 Gjeldende rett

Sosialtjenesteloven har i § 1-2 regler om lovens virkeområde. Her fremgår det at lovens bestemmelser om tjenester og tiltak gjelder for alle som oppholder seg i riket. Videre er det bestemt at Kongen kan gi forskrifter som begrenser lovens anvendelse på personer som ikke er norske statsborgere, eller som ikke har bopel i riket. Kongen kan også gi forskrifter om anvendelse av loven på personer som oppholder seg i utlandet, men som har tilknytning til riket og om lovens anvendelse på Svalbard.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-1 omhandler kommunens ansvar for helsetjenesten. Her fremgår det at landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Det er også presisert at kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen.

Pasientrettighetsloven gjelder for alle som oppholder seg i riket, jf. § 1-2. Her framgår det at Kongen i forskrift kan gjøre unntak fra reglene i lovens kapittel 2 om rett til helsehjelp og transport for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket. Det er også bestemt at Kongen gir forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen m.m.

Spesialisthelsetjenesteloven gjelder for spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i riket av staten og private, når ikke annet følger av de enkelte bestemmelser i loven, jf. § 1-2. Departementet kan ved forskrift eller i det enkelte tilfellet bestemme hva som er spesialisthelsetjeneste. I likhet med det som er bestemt i pasientrettighetsloven, kan Kongen gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen m.m.

7.4.2 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget foreslo en egen bestemmelse om at loven skulle gjelde tjenester og tiltak til personer som oppholder seg i riket. I tillegg ble det foreslått at Kongen kan gi forskrifter med særlige regler om lovens anvendelse. Utvalget foreslo ikke en egen bestemmelse om lovens saklige virkeområde, men meningen var at lovforslaget skulle omfatte tjenester og tiltak som i dag er regulert i sosialtjenesteloven og kommunehel-

setjenesteloven. I utvalgets lovutkast var det ikke skilt mellom sosiale tjenester og helsetjenester.

Bare et fåtall av høringsinstansene til Berntutredningen har kommentert spørsmålet om virkeområde for ny felles lov.

7.4.3 Forslag i høringsnotatet

Etter at Berntutvalget la frem sitt forslag, er det etablert en ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV). Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen ble vedtatt i juni 2006 og trådte i kraft 1. juli samme år. I tillegg er sosialtjenesteloven endret ved at enkelte deler av loven nylig er skilt ut i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Disse endringene trådte i kraft 1. januar 2010. Dette er nærmere omtalt i punkt 9.13. Dette betyr at virkeområdet for en ny felles lov vil bli mindre omfattende enn det virkeområdet sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven hadde før 2010.

I høringsnotatet foreslo departementet å definere lovens saklige virkeområde til å være helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private med avtale med kommunen. Departementet fant det i den forbindelse ikke hensiktsmessig med en nærmere avgrensning av hvem som er rettighetshaver etter loven. Departementet foreslo at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad skulle innrettes mot en rendyrket «pliktlav» eller «tjenestelov» for kommunene. Hvilke personer loven skulle gjelde for og hvilke rettigheter den enkelte pasient skulle ha etter loven ville dermed i stor grad måtte bestemmes etter annen lovregulering. Det ble i den forbindelse vist til at særlig pasientrettighetsloven ville være sentral i så måte.

Det ble foreslått hjemmel for at departementet i forskrift eller i det enkelte tilfellet kan bestemme hva som er helse- og omsorgstjenester.

Lovens stedlige virkeområde ble, i tråd med dagens lovgivning, foreslått å gjelde for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket. Det ble foreslått forskriftshjemmel for lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

7.4.4 Høringsinstansenes syn

De fleste av høringsinstansene som uttaler seg om lovforslagets virkeområde drøfter begrepet «omsorgstjeneste». Av disse høringsinstansene er

det få som støtter departementets forslag til begrepsbruk, men *Fagforbundet* uttaler:

«Vi har registrert at det er synspunkter på lovens navn, og forslag om at den bør benevnes Lov om kommunale helse- og sosialtjenester. Vi oppfatter imidlertid at omsorgsbegrepet er ment å omfatte både det som i dag dekkes av begrepet omsorgstjenester, og tjenester som i dag hjemles i sosialtjenesteloven. Også med tanke på etableringen av NAV, hvor begrepet sosiale tjenester står sentralt i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, synes det fornuftig å bruke omsorgstjenester som begrep i denne loven. Slik vi ser det er det også nødvendig å etablere omsorgsbegrepet bedre i lovverket, men det må ikke være tvil om at dette også omfatter tjenester etter sosialtjenesteloven.»

Mange høringsinstanser uttaler at slik omsorgsbegrepet er beskrevet i høringsnotatet, virker det å ha et smalere innhold enn begrepet det skal erstatte, slik at det blir viktig å tydeliggjøre at omsorgsbegrepet nå har fått et nytt innhold. *Fellesorganisasjonen* uttaler under tittelen «De sosiale tjenestene må opprettholdes – det sosiale arbeidet må synliggjøres!»:

«Lovforslaget innebærer at begrepet sosiale tjenester forlates til fordel for begrepet omsorgstjenester. Forslaget ønsker å avgrense begrepet «sosiale tjenester» til økonomisk stønad og kvalifiseringsprogram som er regulert i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.2009. FO kan ikke se at det er gitt noen god begrunnelse for hvorfor sosialbegrepet er forlatt, og det problematiseres ikke at sosialbegrepet og omsorgsbegrepet representerer to ulike faglige tradisjoner.

Begrepet «sosial» er i ferd med å forsvinne fra det offisielle språket. Vi har ikke lenger sosialminister, sosialdepartement, sosialdirektorat eller sosialkontor. Nå innskrenkes også forståelsen av hva som er å regne som sosiale tjenester. FO mener dette kan settes i sammenheng med den individualiseringen av problemer som foregår på de fleste arenaer i samfunnet. Forklaringer som kan knyttes til individuelle faktorer fortrenger de mer samfunnsorienterte og sosialfaglige forklaringsmåtene. Det paradoksale er at samtidig med at sosialbegrepet er i ferd med å forsvinne, så ser vi klare utfordringer knyttet til de problemene i samfunnet som tradisjonelt har blitt

definert som sosiale problemer – eksempelvis fattigdom og eksklusjon. Man vet at det er en nær sammenheng mellom slike problemer og helse. Løsningen på utfordringene ligger i at mennesker møter et helhetlig hjelpetilbud med både et helse-, omsorgs- og sosialfaglig perspektiv.

FO mener derfor det er svært uheldig at begrepet sosiale tjenester forlates. Lovforslaget er preget av et ensidig medisinsk perspektiv. Bruken av begrepet omsorgstjeneste er i seg selv et signal at det er det helsefaglige perspektivet som settes i fokus, en omfattende bruk av begrepet pasient er med på å forsterke dette. Man får inntrykk av at lovutkastet først og fremst et forsøk på å gi svar på den utfordringen kommunene står overfor med en voksende andel eldre, og at andre gruppers behov i mindre grad er ivarettatt.»

Oslo kommune uttaler:

«Forslaget innebærer at begrepet sosiale tjenester avgrenses til økonomisk stønad, akutt bolig-hjelp og kvalifiseringsprogram, regulert i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.2009.

Det anføres i høringsnotatet at omsorgsbegrepet kan benyttes både om en type tjenester og måten tjenester blir utført på. Videre at de gjenstående deler av sosialtjenesteloven har fått et tydeligere preg av å være kommunale omsorgstjenester, som på flere områder har gråsoner og likhetstrekk med helsetjenester.

Oslo kommune bemerker at dette ikke kan sies å gjelde de tjenester for rusmiddelmissbrukere som i dag har sin forankring i sosialtjenesteloven. Rusmiddelmissbrukere har behov for et variert spekter av tiltak og tjenester, fra kommunale omsorgs- og/eller rådgivningstjenester til spesialisthelsetjenesten, og behov for samhandling vil stå sentralt. For rusmiddelmissbrukere vil det imidlertid være et like stort behov for samhandling med tiltak knyttet til økonomi, arbeid, boligframskaffelse og bistand til å mestre et selvstendig boforhold. Det vil derfor fortsatt være av stor betydning at kommunens helse- og omsorgstjenester ses i sammenheng med sosialtjenestene som reguleres i NAV. Tjenester og ytelser etter lov om sosiale tjenester i NAV er sentrale for personer med omfattende rusmiddelproblemer, og er et møtepunkt for hjelpeapparatet når det gjelder personer som er vanskelig tilgjengelige for

hjelpetiltak. Alle tiltak for rusmiddelmissbrukere som ikke er knyttet til økonomisk rådgivning eller sosialhjelp, kvalifiseringsprogram eller akutte boligtiltak vil i henhold til forslaget være en del av kommunens helse- og omsorgstjeneste. »

Mange av høringsinstansene foreslår å videreføre sosialbegrepet. *Norsk Handikapforbund* uttaler for eksempel at de er:

«(...) svært bekymret over den ensidige medisinske forståelsen som preger forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. En medisinskfaglig virkelighetsbeskrivelse, problemforståelse og løsningsforslag der alt gjøres til et spørsmål om helse er for snevert i forhold til å favne en politikk og et lovverk som skal fremme likeverd, likestilling og full deltakelse. Vi mener dette ikke bidrar til å møte eller løse de utfordringer som loven skal regulere. Begrepsbruken i lovforslaget reduserer mennesket til å befinne seg langs akse frisk-syk.

NOU 2001:22 «Fra bruker til borger» og Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (DTL) slår fast at funksjonshemming er et diskrimineringsgrunnlag, og at nedsatt funksjonsevne ikke er det samme som sykdom.

I flere generasjoner har funksjonshemmede kjempet mot en medisinsk forståelse som ser funksjonshemmede som syke og omsorgstrengende. Denne forståelsen har vært en sterk bidragsyter til umyndiggjøring, overformynderi og segregering av funksjonshemmede. En slik patriarkalsk oppfatning legitimerer diskriminering av funksjonshemmede der biologien er i fokus istedenfor diskriminerende holdninger og samfunnsskapt barrierer som hindrer at funksjonshemmede blir sett og inkludert som likestilte borgere.»

Videre uttales det:

«Som sagt innledningsvis mener NHF at navnet på loven ikke er dekkende for målgruppen og de oppgavene som loven skal omfatte. Lovens navn må gjenspeile omfanget av dagens helse- og sosialvirksomhet. I lovforslaget argumenteres det med å fjerne begrepet sosial fra lovens navn fordi begrepet ikke er entydig, oppfattes forskjellig og kan forveksles med *sosialkontortjenester*. Vi kan ikke se at begrepet

omsorg er mer entydig, i tillegg gir det assosiasjoner med hjelpeløshet og personer som ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Når loven defineres som en helse og omsorgslov ekskluderes mange som verken har behov for helsetjenester eller omsorgstjenester, men derimot praktisk hjelp og bistand. Perspektivet på et selvstendig og aktivt liv snevres inn.

NHF mener derfor at navnet på loven må endres. Alternative navn kan være *Lov om kommunale helsetjenester og praktisk bistand*, eller *Lov om kommunale helse- og sosiale tjenester*.»

Få høringsinstanser uttaler seg om lovens *stedlige virkeområde*. *Helsetilsynet i Troms* tar opp lovens anvendelse på Svalbard og uttaler:

«Lovforslagets § 1-2 andre ledd åpner for at det kan gis forskrifter om lovens anvendelse bl.a. på Svalbard. I dag drives helsetjenesten på Svalbard i regi av staten gjennom Helse Nord RHF. Tilbud om sosiale tjenester forutsettes dekket av hjemkommunen til de som oppholder seg på Svalbard. Etter vår vurdering bør det drøftes nærmere om hele eller deler av loven også bør gjelde for Svalbard – og fordeler og ulemper med dette. Det er nødvendig å drøfte konsekvenser av å gi loven anvendelse for Svalbard, herunder hvordan dette kan påvirke alderssammensetningen. Er det ønskelig med for eksempel hjemmesykepleie og kommunale helseinstitusjoner slik at også hjelpetrengende eldre kan bo på Svalbard?»

Flere høringsinstanser, deriblant mange kommuner, uttaler seg til lovforslaget om at departementet i forskrift eller i det enkelte tilfelle kan bestemme hva som er helse- og omsorgstjeneste. KS uttaler at de:

«(...) går imot at HOD ensidig kan fastsette ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved å kunne foreslå hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Under enhver omstendighet må slik grensedragnings skje i forskriftsform. Det vil gi en mer forsvarlig høringsrunde og også mulighet for å kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunen. KS kan ikke akseptere en fortsettelse av den «stille reformen» der stadig flere oppgaver legges til kommunen uten at dette kompenseres økonomisk.»

Sandnes kommune:

«I forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-2, 2. ledd er det lagt til «*departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfelle*» å kunne foreslå hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Tilsvarende er det etter lov om spesialisthelsetjenesteloven § 1-2, 2. ledd HOD som ved forskrift eller enkeltbeslutning kan fastsette hva som ligger til spesialisthelsetjenesten. Det er derfor HOD som etter lovens ordning bindende kan fastsette hvorvidt ansvaret ligger til kommunen eller til spesialisthelsetjenesten. Det er heller ikke foreslått å stille nærmere formelle krav til beslutningen eller at kommunen skal høres, slik som for eksempel kravet vil være til en fastsettelse av forskrift. (...) Dette vil styrke statens stilling vis a vis kommunesektoren, slik at ubalansen mellom stat og kommune blir tilsvarende større. Det medfører også at den «stille reformen» fortsetter, hvoretter stadig flere oppgaver overføres til kommunen uten at dette kompenserer økonomisk. Kommunens myndighet og ansvar vil da heller ikke bli synliggjort. Det er HOD som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, noe som undergraver hensynet til balanse mellom staten og kommunesektoren.

Med grunnlag i lovtekst eller forarbeider vil det være vanskelig, eller nærmest ikke mulig, å trekke den nærmere grensedragningen mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder for så vidt gjelder gråsonerområder. Det vil slik også være uklart hvem av henholdsvis foretak eller kommunene som har ansvaret for tjenestene hvor det opprettes samarbeidsløsninger som intermedieære avdelinger, distriktsmedisinske senter, mv. Gråsonene i forhold til rus, psykiatri forblir tilsvarende uklar. (...) Sandnes kommune kan derfor ikke støtte forslaget om at HOD ensidig skal kunne fastsette grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Under enhver omstendighet må slik grensedragning skje i forskriftsform. Det vil gi en mer forsvarlig høringsrunde og også mulighet for å kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunen.»

7.4.5 Departementets vurderinger og forslag

Enkelte deler av sosialtjenesteloven er som nevnt overført til en egen lov, jf. ovenfor under punkt

7.4.3. Dette betyr at det *saklige virkeområdet* for ny felles lov vil bli mindre omfattende enn det Berntutvalget foreslo.

Forskjellig lovforankring av sosiale tjenester som inntil nylig har vært regulert samlet i en lov, reiser spørsmål om hvilke begrep som bør benyttes i ny lov for å fange opp de forskjellige tjenestene som den nye loven skal omfatte. Tilsvarende må det også tas stilling til hvilket begrep som bør benyttes for å dekke de helsetjenestene loven skal omfatte. Spørsmål om begrepsbruk er aktuelt både for tittelen på den nye loven og for avgrensningen av lovens virkeområde.

Begrepene som skal inngå i lovens tittel og virkeområde, bør gi en mest mulig hensiktsmessig og dekkende beskrivelse av tjenestene. De bør samtidig bygge på etablerte begreper og gi en klar grensedragning mot annet regelverk.

En særlig utfordring er at begrep som benyttes i dag, blir brukt og forstått på forskjellige måter, avhengig av hvilken sammenheng de benyttes i. Sosialtjenesteloven regulerer forskjellige typer tjenester og tiltak. Departementet mener det er viktig å påpeke at begrepet *sosiale tjenester* er ikke definert i denne loven eller annet lovverk. Begrepet omfatter også økonomisk stønad og kvalifiseringsstønad, som er regulert i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. I praksis blir imidlertid begrepet sosiale tjenester ofte brukt slik at det bare omfatter de tjenestene som er regulert i sosialtjenesteloven kapittel 4, jf. opplistingen i § 4-2 av hvilke sosiale tjenester kommunen skal tilby. Begrepet *sosialtjenesten* blir av mange brukt synonymt med sosialkontortjenesten.

I likhet med «sosiale tjenester» er ikke «omsorgstjenester» definert i lovverket. Sosialtjenesteloven benytter omsorgsbegrepet i forskjellige sammenhenger. I denne loven er både «omsorgsarbeid» og «heldøgns omsorgstjenester» benyttet, jf. særlig lovens kapittel 4. I tillegg er omsorgsbegrepet benyttet i sosialtjenesteloven § 4-3, der ett av vilkårene for å ha rett til sosiale tjenester er at vedkommende ikke kan «dra omsorg» for seg selv. Etter kommunehelsetjenesteloven skal kommunens helsetjeneste blant annet omfatte pleie og omsorg, jf. loven § 1-3 første ledd nr. 4. Helsepersonelloven benytter omsorgsbegrepet om måten hjelpen skal gis på. I denne loven § 4 er det stilt krav om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de «krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellet kvalifikasjoner, arbeidet karakter og situasjonen for øvrig». Departementet vil også vise til pasientrettighets-

loven § 1-3 bokstav c) hvor «pleie- og omsorgsformål» er inntatt i definisjonen av begrepet «helsehjelp»

For å oppnå en klar grensedraining mellom lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, slik at en unngår sammenblanding av lovene, bør sosiale tjenester som juridisk begrep forbeholdes lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Begrepsbruken bør etter departementets oppfatning fange opp at utviklingen i de kommunale tjenestene de siste tiår har medført at det tradisjonelle skillet mellom helsetjenester og sosiale tjenester ikke er like tydelig som tidligere. Pleie- og omsorgstjenestene etter kommunehelsetjenesteloven og de sosiale tjenestene etter sosialtjenesteloven er til dels like og overlapper hverandre i dagens kommunale tjenesteutøvelse, og dette er et av grunnlagene for at det er behov for en felles lov. Det overordnede målet med lovforslaget er å legge til rette for bedre samhandling, større tverrfaglig samarbeid og helhetlige løsninger i kommunene. Et felles begrep for tjenestene i den nye loven kan etter departementets mening bidra til at dette målet nås.

Omsorgstjenester er et innarbeidet begrep i offentlige dokumenter, som oftest brukt som et samlebegrep på sykehjem og hjemmesykepleie etter kommunehelsetjenesteloven og de sosiale tjenestene etter sosialtjenesteloven (praktisk bistand, avlastning, omsorgslønn, institusjon og brukerstyrt personlig assistanse), se for eksempel St. meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*.

På bakgrunn av dette er det foreslått å bruke «helse- og omsorgstjenester». Kommunale helse- og omsorgstjenester brukes i loven som et samlebegrep på lovens tjenester og tiltak. Tjenestene er i utgangspunktet regulert likt. Det er derfor etter departementets oppfatning ikke nødvendig å foreta en nærmere grenseoppgang mellom de to begrepene. Departementet foreslår å definere «helse- og omsorgstjenesten» i pasientrettighetsloven § 1-3 som «den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester».

Departementet vil likevel understreke at fellesbegrepet helse- og omsorgstjenester ikke skal innsnevre forståelsen av det sosialfaglige arbeidet som utføres i kommunene, se også omtale i punkt 5.4 om sosialfaglige perspektiver i ny lov. Det sosialfaglige arbeidet og de sosiale tjenestene er ivare tatt ved at de kommunale oppgavene og tjenes-

tene som fremkommer av dagens sosialtjenestelov videreføres i ny lov.

Videre er det sosialfaglige arbeidet fanget opp i lovens formålsbestemmelse som skal være styrende på innretningen av kommunens tjenestetilbud, jf. omtale ovenfor under punkt 7.3.5. I formålsbestemmelsen fremgår det blant annet at loven skal fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer, jf. § 1-1 nr. 2. Videre skal loven tilrettelegge for mestring, jf. § 1-1 nr. 1, og sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, jf. § 1-1 nr. 3. Tjenestene og de faglige vurderingene som ligger til grunn for tildeling og gjennomføring av disse skal skje i tråd med lovens formålsbestemmelse. I så måte mener departementet at det sosialfaglige ivaretas på en hensiktsmessig og god måte i lovforslaget.

På denne bakgrunn vil derfor departementet opprettholde at omsorgstjenester benyttes som samlebetegnelse for å fange opp de tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven samtidig som begrepet tar opp i seg omsorgsoppgavene og omsorgsformålet i helsetjenestene.

I tråd med ovennevnte foreslår departementet å definere lovens saklige virkeområde til å være helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private med avtale med kommunen når ikke annet følger av de enkelte bestemmelser i loven, jf. lovforslaget § 1-2. Et eksempel hvor også private uten avtale med kommunen er omfattet av loven, er forskriftshjemmelen i § 3-2 siste ledd. For nærmere omtale, se punkt 14.4.

Når det gjelder lovens *stedlige virkeområde*, har departementet mottatt få høringsinnspill. Departementet vil derfor opprettholde forslaget fra høringsnotatet. Den alminnelige helselovgivningen er i liten grad gjort gjeldende på Svalbard. Departementet har startet arbeidet med å gå igjennom all helselovgivning og vurdere om hele eller deler av lovgivningen skal gjøres gjeldende for Svalbard.

Etter departementets vurdering er det ikke hensiktsmessig med en nærmere avgrensning av hvem som er rettighetshaver etter loven. Som nærmere redegjort for under punkt 7.2, tilrår departementet at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad innrettes som en rendyrket «pliktlav» eller «tjenestelov». Dette innebærer at hvilke personer loven gjelder for og hvilke rettigheter den enkelte pasient har etter loven, i stor grad må bestemmes etter annen lovregulering, hvor særlig pasientrettighetsloven

vil være sentral. Dette innebærer for eksempel at i hvilken grad personer som oppholder seg ulovlig i landet eller asylsøkere vil omfattes av loven, fastsettes gjennom annen lovgivning og ikke i virkeområdebestemmelsen i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Flere kommuner tar opp forslaget i høringsnotatet om at departementet ved forskrift, eller i det enkelte tilfellet, kan bestemme hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Det gis uttrykk for at en slik hjemmel ikke er ønskelig fra kommunens side, og at den vil undergrave hensynet til balanse mellom stat og kommune.

Utgangspunktet for ansvaret til kommunene fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven, og tilhørende forskrifter, og en fortolkning av disse. Det kan tenkes at det oppstår situasjoner hvor det er vanskelig ved en fortolkning av loven å konkludere på hva som er helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder selv om man inntar en omfattende legaldefinisjon i lovtekst. Departementet er derfor av den oppfatning at det er nødvendig med en hjemmel for departementet til å avklare hva som er helse- og omsorgstjenester i de unntakstilfellene hvor dette ikke fremgår på en tilstrekkelig klar måte av loven eller gjennom en fortolkning av denne.

Departementet ser likevel at det er viktig at partene blir hørt i tilfeller hvor det for eksempel oppstår tvil om hvorvidt en oppgave er de regionale helseforetakenes ansvar eller et kommunalt ansvar. Det kan også tenkes tilfeller hvor grensen mot andre sektorer kan være uklar, for eksempel i forhold til barnevern eller NAV. Av den grunn vil departementet foreslå at hjemmelen presiseres og avgrenses til at departement ved forskrift kan bestemme hva som er helse- og omsorgstjenester. Dette vil sikre at berørte parter, og da særlig kommunene, får mulighet til å uttale seg både om forslagene og de økonomiske og administrative konsekvensene av disse. Forslaget i høringsnotatet om at departementet i det enkelte tilfelle kan bestemme hva som er helse- og omsorgstjenester videreføres derfor ikke. For nærmere omtale av forholdet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, vises det til kapittel 8.

7.5 Lovforslagets definisjoner og begrepsbruk

7.5.1 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å definere begrepet «*pasient*» på samme måte som i pasient-

rettighetsloven § 1-3 bokstav a. Departementet foreslo videre å definere begrepet «*bruker*» som en person som anmoder om tjenester omfattet av loven, men da ikke tjenester som er å anse for «helsehjelp» slik dette er definert i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Begrepet «*helsehjelp*» ble foreslått definert ved en henvisning til definisjonen av dette begrepet i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Endelig foreslo departementet å innta definisjoner av begrepene «*pasientsikkerhet*» og «*kvalitet*».

7.5.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser uttaler seg om departementets forslag til definisjoner, og da særlig bruken av begrepet «*bruker*». Blant annet *Kompetansesenteret for IT i helsevesenet (KITH)* uttaler:

«Begrepet «*tjenestemottaker*» benyttes en rekke steder i lovteksten uten at begrepet er definert. Av sammenhengen synes det imidlertid å framgå at en tjenestemottaker er en person som faller inn under definisjonen av begrepet «*pasient*» og/eller begrepet «*bruker*». Etter vår mening er tjenestemottaker et godt begrep som bør tas med i listen over definisjoner.

Videre, i forslaget til lovteksten benyttes så vidt vi kan se begrepet «*bruker*» med ett unntak alltid i kombinasjon med pasient («*pasient eller bruker*», «*pasient og bruker*» etc.). Vi vil her sterkt anbefale at det heller benyttes «*tjenestemottaker*» for å tydeliggjøre at en og samme person både kan være pasient og bruker. En slik gjennomgående endring vil også forenkle teksten.

Det ene unntaket hvor kun begrepet «*bruker*» benyttes, er § 11-2. Ettersom tittelen på denne bestemmelsen er «*Vederlag for helse- og omsorgstjeneste*», blir det kanskje mer korrekt å benytte «*tjenestemottaker*» også her.

Vi vil også anbefale at det tas med en overordnet definisjon av begrepene «*helsetjeneste*» og «*omsorgstjeneste*». Vi mener en slik definisjon er nødvendig selv om en mer detaljert beskrivelse av hva som ligger i begrepene eventuelt blir fastsatt i forskrift.»

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag (felles høringsuttalelse med unntak av spørsmålet om felles klage- og tilsynsinstitusjon):

«Departementet foreslår at det innføres en lovmessig definisjon av «*bruker*» som begrep når

tjenestemottaker mottar tjenester som ikke defineres som helsehjelp, jf. også til forslaget til ny bokstav f) i pasientrettighetsloven § 1-3.

Etter vår vurdering er «tjenestemottaker» et mye bedre, mindre belastende, og et mer dekkende begrep enn «bruker».

Fylkesmannen i Rogaland og Helsetilsynet i Rogaland (felles høringsuttalelse):

«I forslag til endring av pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav f er det gitt en definisjon hvem bruker er. Slik som dette er formulert blir det avgjørende hvem som yter hjelpen og hvor vedkommende organisatorisk er tilknyttet. Omsorgstjenester som ytes av helsepersonell, vil heretter rette seg mot pasienter, og omsorgstjenester som ytes av personell som ikke faller inn under helsepersonellovens definisjon av helsepersonell, er brukere. Det bør klargjøres tydeligere hvem som er bruker/pasient. Det bør vurderes å bruke et mer entydig begrep om personer som skal motta tjenester etter helse- og omsorgsloven. I lovforslaget benyttes ulike begreper: pasient, bruker, tjenestemottaker og misbruker (jf. § 9-2 og 10-4). Disse ulike begrepene, er i varierende grad entydig definert.»

Fredrikstad kommune:

«Begrepet «bruker» er omdiskutert i fagmiljøet og til dels lite likt blant en del tjenestemottakere av sosiale tjenester/omsorgstjenester. Bruken av «pasient» og «bruker» som eneste begreper kan også føre til en lite hensiktsmessig sykeliggjøring på generelt grunnlag. Ønskelig å ha «tjenestemottaker» eller «klient» å spille på.»

Flere høringsinstanser tar opp at selve definisjonen bør fremgå av lovteksten og ikke kun være en henvisning til pasientrettighetsloven. *Helsedirektoratet* uttaler:

«I § 1-3 bokstav a) og c) er det i definisjonene av begrepene «pasient» og «helsehjelp» kun henvist til tilsvarende definisjoner i pasientrettighetsloven. Dette er sentrale begreper som bør defineres uttrykkelig i helse- og omsorgsloven av pedagogiske hensyn og for oversiktens skyld. Det bør ikke være nødvendig å ha tilgang til annet regelverk for å finne innholdet i begrepene.»

En del høringsinstanser mener at departementet bør gi en definisjon av «omsorgstjenester». Blant annet *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* uttaler:

«Lovforslaget foreslår å oppheve skillet mellom helse- og omsorgstjenester. I motsetning til helsetjenester er imidlertid omsorgstjenester ikke definert i lovforslaget, men skal forstås som en samlebetegnelse som omfatter det som ikke er helsetjeneste. Det kan være uheldig at innholdet i det nye omsorgsbegrepet ikke er definert i lovforslaget eller høringsnotatet. Definisjon av omsorgstjenester ville kunne bidra til å sikre pasienters og brukeres rettigheter og tydeliggjøre deres klageadgang. Det vil også ha betydning for hvordan andre begrep i loven skal forstås, for eksempel begrepene pasientsikkerhet og kvalitet.»

7.5.3 Departementets vurderinger og forslag

Flere høringsinstanser tar opp at begrepet «bruker» er belastende og at «tjenestemottaker» er et bedre og mer dekkende begrep. Det vises til at tjenestemottaker også er brukt av departementet i høringsnotatet. Departementet er av den oppfatning at tjenestemottaker kan brukes som en språklig fellesbetegnelse på «pasient» og «bruker», men ønsker å opprettholde et skille i loven. Departementet ønsker ikke at personer som mottar bistand som er mer sosialpreget enn typisk helsehjelp, skal bli betegnet som pasienter og dermed «sykeliggjøres». På den annen side er «pasient» et innarbeidet og velkjent begrep i helsetjenesten, og departementet er av den oppfatning at dette begrepet bør videreføres. Det har igjen den konsekvens at «tjenestemottaker» som flere høringsinstanser foreslår, ikke er egnet som begrep, da dette også vil omfatte «pasienter».

Begrepet «*pasient*» foreslås videreført i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a. Begrepet «*bruker*» foreslås definert som en person som anmoder om tjenester omfattet av loven, men da tjenester som ikke er å anse for «helsehjelp» slik dette er definert i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c.

Helsedirektoratet påpeker at definisjonene bør være lett tilgjengelige og fremgå av loven, og ikke kun ved henvisning til andre lover. Departementet er enig i at det er viktig både for pasienter, brukere og helsepersonell at definisjonene i loven er lett tilgjengelig, og at man ikke skal være avhengig av annet regelverk. Departementet ser likevel

ikke behovet for at definisjonene bør fremgå av helse- og omsorgstjenesteloven, som er en pliktlov for kommunene. Pasienters og brukeres rettigheter vil fremgå av pasientrettighetsloven, og definisjonene vil fremgå av denne loven. Departementet ser det ikke som nødvendig eller hensiktsmessig med en dobbeltregulering av disse begrepene.

Andre høringsinstanser foreslår at departementet definerer hva som ligger i «omsorgstjenester». Som nevnt under punkt 7.4.5 mener departementet at det er en glidende overgang mellom

begrepene helsetjenester og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenester brukes i loven som et samlebegrep på lovens tjenester og tiltak. Tjenestene er i utgangspunktet regulert likt. Departementet mener derfor det ikke er nødvendig å foreta en nærmere grenseoppgang mellom de to begrepene. Det vises til at helse- og omsorgstjenesten er foreslått definert i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav d.

Departementet har ikke foreslått å videreføre en definisjon av «pasientsikkerhet» og «kvalitet». For nærmere omtale av dette, se kapittel 21.

8 Forholdet til spesialisthelsetjenesten og spesialisthelsetjenestelovgivningen

8.1 Innledning

Dagens kommunehelsetjenestelov angir forholdsvis detaljert hva som ligger i det kommunale ansvaret. Dette gir en lovgivning med liten fleksibilitet og som i begrenset grad fanger opp den faglige utvikling i feltet. Denne lovgivningsteknikken har heller ikke klart å hindre overlappende ansvarsområder hvor det kan oppstå usikkerhet om ansvars plassering i forholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

8.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det uttalt at man må erkjenne at det eksisterer «gråsoner» mellom ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov og spesialisthelsetjenesteloven, og at fordelingen av ansvar mellom de to nivåene ikke fullt ut kan løses gjennom lov eller forskriftsregulering.

Departementet anså at de eventuelle problemene som oppstår som følge av «gråsonene» vil kunne reduseres gjennom lovpålagte lokale avtaler mellom helseforetakene og kommunene. Høringsinstansene ble spesielt bedt om å komme med andre innspill eller forslag med hensyn til hvordan man kan hindre uønskede problemer som følge av «gråsoner» mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

8.3 Høringsinstansenes syn

Flere kommuner uttaler at de ønsker en tydeliggjøring av ansvarsfordelingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. *Bærum kommune* uttaler følgende:

«Verken i lov eller i høringsnotatet er rolle og ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tydelig nok beskrevet. Det erkjennes at den medisinskfaglige utviklingen og til dels lokale forhold med-

fører at denne rolle- og ansvarsfordelingen ikke kan være statisk eller rigid, og vil være under kontinuerlig utvikling. Allikevel må det være en større grad av tydeliggjøring av ansvar og roller før en ny finansieringsordning iverksettes. Dette må gjøres av statlige og kommunale myndigheter i fellesskap.»

Nittedal kommune etterlyser en klarere ansvarsfordeling mellom statens og kommunens oppgaver i høringsutkastet og utdyper dette slik:

«Det er grunn til å tro at den «stille reformen» fortsetter, hvoretter stadig flere oppgaver overføres til kommunen uten at dette kompenseres økonomisk. Nittedal kommune ønsker at man utarbeider noen prinsipper for ansvars og oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten knyttet til for eksempel pasientens tilstand, kompetansebehov og teknologibehov.»

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) mener at en tydeligere oppgaveoverføring og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten «(...) bør angis i forarbeidende til loven, og om mulig klarenes i selve lovteksten». Som eksempler på ansvarsområder som Stortinget kan legge til kommune i loven, nevner KS lindrende behandling og rus.

Kommunal- og regionaldepartementet er positive til at lovforslaget tydeliggjør at kommunene skal ha et overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester («sørge-for-ansvar»), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Videre uttaler departementet følgende:

«Vi vil samtidig understreke at det er viktig at kommunenes sørge-for-ansvar er tilstrekkelig klart. Som selvstendige rettssubjekter kan kommuner bare pålegges oppgaver gjennom lov og forskrift, og ved utvidelse av den kommunale oppgaveporteføljen kreves det at kom-

munene fullt ut kompenseres økonomisk for det. Ved en tydeligere klarlegging av ansvar i lov og forskrift, vil man unngå unødvendig uklarhet om ansvarsforhold. Dette vil også sikre at nye oppgaver til kommunesektoren blir fullfinansiert.»

Flere høringsinstanser, deriblant mange kommuner, uttaler at det bør opprettes et organ som skal ha myndighet til å avgjøre uklarheter ved ansvarsforholdet mellom tjenestenivåene. *Kommunehelsetesamarbeidet i Vestre Viken* sin uttalelse er beskrivende for hva mange høringsinstanser mener. Det uttales at:

«Verken lov eller i høringsnotatet er rolle og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tydelig nok beskrevet. Det erkjennes at den medisinskfaglige utviklingen og til dels lokale forhold medfører at denne rolle- og ansvarsfordelingen ikke kan være statisk eller rigid, og vil være under kontinuerlig utvikling. Allikevel må det være en større grad av tydeliggjøring av ansvar og roller før en ny finansieringsordning iverksettes. Dette må gjøres av statlige og kommunale myndigheter i felleskap. Det bør vurderes å opprette et nasjonalt uavhengig tvisteorgan som kan vurdere ansvar og rollefordeling ved prinsipiell uenighet mellom kommunale og statlige myndigheter. Organet bør ha beslutningsmyndighet.»

Noen høringsinstanser deler departementets syn på at det verken er mulig eller hensiktsmessig å ha et klart skille mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. *Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF* uttaler følgende:

«Brukerutvalget har forståelse for at det gjennom lov- og forskriftsregulering verken er mulig eller hensiktsmessig å angi en helt presis avgrensning av henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunens ansvar. (...)

Loverket bør imidlertid etter brukerutvalgets mening, ha enkelte generelle bestemmelser om ansvar for hvilket tjenestetilbud som tilhører spesialisthelsetjenesten og hva som tilhører kommunehelsetjenesten. Grad av behov for spesialisert kompetanse, behov for spesialisert utstyr og forekomst kan være forhold som kan være bestemmende for hvilke helseutfordringer som forutsettes løst i hhv. kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Brukerutvalget gir støtte til at «gråsoner» mellom 1. og 2. linjetjenesten må avklares gjennom avtaler. Innbyggerne i de enkelte opptaksområder/kommuner må imidlertid ha forutsigbarhet for hva som forventes utført hvor. Dette må sikres i felleskap mellom nivåene.

Brukerutvalget mener at avtaler som bygger på felles forståelse av utfordringene vil kunne bidra til å løse utfordringene i fremtidens helsetjeneste. En gradvis overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (akutttilbud, vurdering/observasjon, etterbehandling, rehabilitering/opplæring) må skje i samhandling mellom nivåene og tilpasses kompetanseoppbyggingen i kommunene.»

8.4 Departementets vurderinger av forholdet mellom spesialisthelsetjenesteloven og kommunal helse- og omsorgstjenestelov

洛夫orslaget bygger på en overordnet lovgivningsteknikk som angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten, uten i detalj å angi hvilke tjenester kommunen skal utføre, se kapittel 12 i proposisjonen. Det sentrale er at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammer skal yte et forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud. Dette kan også uttrykkes slik at kommunen har ansvaret for å yte de helse- og omsorgstjenestene som ikke saklig kan begrunnes eller angis som spesialisthelsetjeneste eller tannhelsetjeneste, se kommunehelsetjenesteloven § 1-1 andre ledd. Som det fremgår av kapittel 12, uttaler de aller fleste kommuner at de er svært positive til en slik overordnet regulering av kommunenes ansvar som gir kommunene frihet til å organisere sitt tjenestetilbud ut fra lokale forutsetninger og behov. Med andre ord; en lov- og forskriftsregulering som ikke stiller detaljerte krav til kommunen.

Flere av høringsinstansene, deriblant mange av kommunene som ønsker en overordnet lov, ber likevel departementet om at ansvarsfordelingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten blir beskrevet tydeligere. Departementet vil bemerke at den måten man rettslig sett kan forsøke å tydeliggjøre grensen mellom tjenestenivåene på, er ved å benytte større grad av detaljregulering av henholdsvis

kommunens og spesialhelsetjenestens ansvar i lov eller forskrift.

Departementet vil understreke at man må erkjenne at det alltid vil eksistere en overlappende grenseflate mellom tjenestenivåene som ikke er tydelig regulert i lov eller forskrift. Departementet er av den oppfatning at grensedragningen mellom kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenestens ansvar ikke kan løses mer detaljert, med mindre det samtidig foretas en detaljert presisering av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester i loven eller i forskrifter. Kommunenes frihet med hensyn til organisering av tjenestetilbudet ut i fra lokale behov og forutsetninger vil i så fall bli betydelig svekket.

Departementet vil likevel presisere at selv om lovforslaget i denne proposisjonen innebærer en overordnet lovgivningsteknikk, er det ikke slik at det er flytende grense mellom hva kommunens helse- og omsorgstjeneste har ansvaret for og hva helseforetakene har ansvaret for. I de aller fleste tilfellene fremgår ansvaret klart av lov- eller forskrift. I lovforslaget §§ 3-1 til 3-9 er kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester beskrevet. I kapittel 5 fremgår særlige plikter og oppgaver som kommunen har ansvaret for. I spesialisthelsetjenestelovens kapittel 2 og 3 er de regionale helseforetakenes ansvar beskrevet. Det er altså ikke slik at ansvaret til kommunen og de regionale helseforetakene ikke er beskrevet i de respektive lovene. Ansvaret mellom tjenestenivåene må fortolkes på bakgrunn av de lovbestemmelser og tilhørende forskrifter som er gitt.

Det er departementets oppfatning at det ikke er hensiktsmessig i detalj å angi kommunens ansvarsområde i loven. Grenseflaten vil uansett ikke kunne reguleres slik at tolkningsspørsmål og tvil unngås fullstendig. Til det er tjenestetilbudet og de lokale forholdene for varierte. Flere av kommunene uttaler også som nevnt at de støtter departementets forslag om en overordnet lovgivningsteknikk. Det er således et valg mellom en overordnet lov med en grenseflate som er noe mer overlappende og uklar overfor spesialisthelsetjenesten, eller en lov som detaljregulerer kommunens oppgaver og ansvar, men som har en mer tydelig grenseflate mot spesialisthelsetjenesten. Departementet har derfor til dels vanskeligheter med å forstå hvordan flere av høringssvarene skal oppfattes. På den ene siden uttaler flere høringsinstanser at man ønsker en overordnet lov, og på den andre siden ønsker man samtidig en tydelig grense mot spesialisthelsetjenesten.

Som det argumenteres for i kapittel 12, er det mange gode grunner for en overordnet lov. Departementets prinsipielle utgangspunkt er at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Det er særlig hensynet til nærhet til tjenestemottakeren, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring, som begrunner lokal handlefrihet. Vurderingene av hvordan tjenestetilbudet bør organiseres, varierer fra kommune til kommune. En statlig detaljstyring vil kunne stenge for lokal utvikling og tilpassning, og for etablering av hensiktsmessige løsninger som går på tvers av tradisjonelle modeller.

Departementet mener også at lovteksten bør ha en fleksibilitet i utformingen som gjør at kommunens ansvar ikke vil være innskrenket av om det skjer en faglig og metodisk utvikling, for eksempel som følge av teknologiske endringer som kan medføre at flere oppgaver kan løses i kommunen. En annen dimensjon er at lovforslaget bør ta høyde for at samhandlingsreformens innretning innebærer at strukturelle endringer vil innføres gradvis, som følge av kompetanseoppbygging mv. Kommunens ansvar bør derfor beskrives innenfor et utviklingsløp som er tilpasset hensiktsmessige fremtidige endringer i oppgavefordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

En motsatt løsning, en detaljregulert lov, vil innebære at man konkret lovregulerte alle oppgaver og tjenester som den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ha ansvar for. Dette vil kreve lovbestemmelser som er svært omfattende og komplekse, og som kan være til hinder for gode og hensiktsmessige løsninger basert på lokale forutsetninger og behov.

Et annet moment er at det er vanskelig å dele opp et pasientforløp med tanke på rettslig regulering. Det er vanskelig å lovregulere pasientforløpet til for eksempel en pasient med KOLS. Når starter eller stopper ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og når overtar spesialisthelsetjenesten ansvaret? I mange tilfeller vil helsehjelpen også gis vekselvis mellom de to tjenestenivåene. Disse spørsmålene vil vanskelig kunne besvares på et generelt og overordnet nivå i lovs eller forskrifts form.

Departementet vil også påpeke at en detaljert lovgivning vil være lite fleksibel og ikke i stand til å ta høyde for den medisinske og faglige utvikling som skjer i tjenestene over tid. En detaljert lovregulering vil innebære at departementet må foreslå endringer i lovverket ofte. Regelverket vil følgelig til enhver tid ligge etter den helsefaglige og sosialfaglige utviklingen. Det vil først og fremst være

pasientene og brukerne som blir skadelidende av den forsinkelsen som en eventuell regelverksprosess innebærer.

Departementet mener imidlertid at forslaget om et lovpålagt lokalt avtalesystem er et viktig og godt tiltak for å redusere *eventuelle* problemer som kan oppstå som følge av overlappende ansvarsflater mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I lovforslaget § 6-2 første ledd nr.1 er det et minimumsvilkår at avtalene skal omfatte «enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre». Med andre ord må partene eksplisitt avtale i de tilfeller hvor *oppgaveutførelsen* vil fravike den lovpålagte ansvars plasseringen. I tillegg til å bli enige om en felles forståelse av oppgavefordelingen, skal partene bli enige om organisering og finansiering av oppgaver som det samarbeides om, jf. lovforslaget § 6-2 andre ledd. Flere høringsinstanser er enige i at dette er et positivt tiltak for å klargjøre rolle- og oppgavefordeling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Departementet ba høringsinstansene om å komme med andre forslag som kan redusere eventuelle problemer som følge av overlappende grenseflater mellom tjenestenivåene. Et forslag fra flere kommuner er opprettelse av et uavhengig tvisteløsningsorgan som skal ha myndighet til å avgjøre eventuelle tvister mellom helseforetak og kommuner om ansvar og utførelse av oppgaver.

I kapittel 28 om lovpålagte lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak, foreslår departementet et eget nasjonalt organ som kan håndtere *uenighet* mellom avtalepartene, det vil si uenigheter om selve avtalen. Departementet ser imidlertid ikke at det vil være hensiktsmessig at et nytt nasjonalt organ også bør ta stilling til *ansvarsforholdet* mellom kommuner og helseforetak. Et slikt organ ville uansett ikke kunne fatte avgjørelser

som strider mot gjeldende regelverk. Departementet ser derfor ikke at det er et behov for et slikt organ i tillegg til det nasjonale uavhengige organet som skal ta stilling til tvister som følge av det nye lovpålagte avtalesystemet.

Departementet kan ved behov i forskrift bestemme hva som er henholdsvis helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste, jf. lovforslagets § 1-2 andre ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 andre ledd. For nærmere omtale av forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven, se kapittel 7. Departementet mener at dette er tilstrekkelige virkemidler for å avklare eventuelle uklarheter ved ansvarsfordelingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Avslutningsvis vil departementet understreke at det er helt grunnleggende at tjenestenivåene samarbeider slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp. Helseforetaket og kommunen må ut fra forsvarlighetskravet vurdere sin plikt til å yte den hjelp som pasienten har behov for. Ved en konkret henvendelse fra en pasient, kan verken helseforetaket eller kommunen avvise pasienten med den begrunnelse at man ikke har ansvaret for den tjenesten pasienten har behov for. Det vil si at dersom en pasient oppsøker den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må pasienten vurderes. Dersom kommunen ikke kan gi pasienten forsvarlige helse- og omsorgstjenester, må pasienten henvises videre. Dette vil gjelde tilsvarende for spesialisthelsetjenesten. I et konkret tilfelle hvor pasienten ikke har fått oppfylt de rettigheter som følger av lovgivningen, vil klage- og/eller tilsynsinstansen måtte vurdere ut i fra de konkrete omstendigheter hvilket nivå som ikke har oppfylt sitt lovpålagte ansvar. På et generelt grunnlag er det likevel etter departementets oppfatning ikke mulig til enhver tid å definere på hvilket forvaltningsnivå ansvaret ligger i et pasientforløp. Slike utslag gir lovgivningen også i dag.

9 Forholdet til annen lovgivning m.m.

9.1 Innledning

Forslaget til ny lov forutsetter at det samtidig gjøres endringer i en rekke bestemmelser i de andre helselovene. I tillegg må forholdet til blant annet barnevernloven, lov om sosiale tjenester i NAV, sameloven, diskrimineringslovgivningen og internasjonale menneskerettigheter vurderes.

Som det vil fremgå, foreslår departementet at annen helselovgivning som utgangspunkt skal gjelde tilsvarende for alle tjenestene etter den nye loven. Dette betyr at øvrig helselovgivning som hovedregel skal gjelde både for helsehjelp etter den nye loven og for tjenester som ikke anses som helsehjelp i henhold til øvrig helselovgivning, altså «omsorgstjenester». Det vil i så fall ikke være nødvendig å skille mellom helsehjelp og annen type hjelp etter den nye loven. Det vil innebære en betydelig forenkling at de samme reglene i hovedsak gjelder uavhengig av hva slags tjenester det dreier seg om. I tillegg vil løsningen gi et mer oversiktlig regelverk for pasientene og brukerne, tjenesteyterne, kommunene og andre som forholder seg til den nye loven.

Departementets forslag må også ses i sammenheng med forslaget til lovmodell, se kapittel 7. Den nye loven vil i hovedsak regulere kommunens ansvar og oppgaver, mens rettigheter for pasienter og brukere og plikter for personell stort sett vil være regulert i andre lover. Dette innebærer at man unngår dagens dobbeltregulering av kommunehelsetjenesten.

Etter departementets vurdering, vil forslaget ivareta både faglige hensyn og harmoniseringshensyn. Særlige hensyn kan imidlertid tale for at det på enkelte områder bør gjøres unntak fra prinsippet om at øvrig helselovgivning skal gjelde tilsvarende.

9.2 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget ble i mandatet bedt om å utrede samordning av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, samt forholdet mellom utval-

gets forslag og den øvrige helselovgivning. I regjeringens begrunnelse for oppnevning av utvalget ble det presisert at utvalget måtte avklare forholdet til de nye helselovene, i særlig grad pasientrettighetsloven. Videre ble det presisert at «helsepersonelloven bør i utgangspunktet holdes utenfor utvalgets gjennomgang, fordi dette er en lov som er ment å ivareta autorisasjonsordningen for helsepersonell og andre spesielle hensyn i tilknytning til profesjonsutøvelsen». Utvalget foreslo i NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* bestemmelser i ny lov som skulle erstatte regler i helsepersonelloven.

I høringen av Berntutvalgets utredning, påpekte flere at utvalgets forslag var uklart i forhold til annen helselovgivning. *Helsedirektoratet* uttalte at forslaget kunne medføre at helsehjelpsmottakeres rettigheter og helsepersonells plikter i større grad enn tidligere ville bli regulert i to regelsett, og at en slik dobbeltregulering ville bidra til at det blir vanskeligere for brukere av helsetjenester å orientere seg i regelverket. *LO og Fagforbundet* mente at forholdet til helsepersonelloven og pasientrettighetsloven måtte avklares før forslag til samordning av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven kunne legges frem for behandling. *Jus-tisdepartementet* mente utvalgets lovforslag reiste et generelt spørsmål om i hvilken grad bestemmelser i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven skal gjentas og uttalte blant annet:

«Fra et brukerperspektiv kan det være ønskelig med en samlet fremstilling av de aktuelle reglene i den nye loven, men det får lovverket som helhet til å svulme opp. Det bør derfor vurderes å bruke formen «... loven § ... gjelder tilsvarende» i noe større grad. Det bør også gå klart fram hva som er forholdet mellom reglene i den nye loven og reglene i andre lover som regulerer det samme.»

9.3 Helsepersonelloven

Utviklingen innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de senere årene gått i ret-

ning av at flere tjenester til flere personer ytes av hjemmetjenestene. Utviklingen har medført at disse delene av tjenestene har blitt mer kompetansekrevende. Tjenestene kan i enkelte tilfeller være ganske like og det kan av og til virke tilfeldig om kommunene hjemler tjenestene i kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven. Tjenestene og personellet reguleres av helselovgivningen når det tilbys eller ytes tjenester som er å anse for helsehjelp i henhold til helselovgivningen og av sosialtjenesteloven når det treffes vedtak om ytelse av tjenester som omfattes av denne loven. Deler av dagens sosial- og helsepersonell arbeider i stadig større grad innenfor de samme feltene og ofte vil sosial- og helsepersonell jobbe side ved side og avløse hverandre. Dette gjelder særlig innen kommunens pleie- og omsorgstjeneste, psykisk helsearbeid og i arbeidet med rusmiddelavhengige og utviklingshemmede. Tjenester gis i mange tilfeller vekselvis av helsepersonell og «sosialpersonell», og samme personell kan yte både helsetjenester og sosiale tjenester.

Departementet foreslår i kapittel 10 at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1. Det vises til omtalen der.

9.4 Pasientrettighetsloven

Departementet foreslår at den enkelte pasient eller brukers rettigheter skal reguleres i pasientrettighetsloven. I proposisjonens kapittel 11 om forholdet til forvaltningsloven, kapittel 29 og kapittel 30 om rett til kommunale helse- og omsorgstjenester og kapittel 34 om klageordning, er det redegjort nærmere for disse endringsforslagene.

9.5 Pasientskadeloven

9.5.1 Gjeldende rett

Pasientskadeloven regulerer erstatning til pasienter og andre som har lidt tap på grunn av en pasientskade når skaden skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp. Formålet med loven er å gjøre det enklere for pasienter å oppnå erstatning enn etter alminnelig erstatningsrett. Loven bygger derfor på et såkalt objektivisert ansvarsgrunnlag. Dette innebærer at det ikke er nødvendig å bevise at noen kan bebreides for at skaden har inntrådt. Et særskilt organ, Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), skal avgjøre erstatningskravene i første

instans og utbetale eventuell erstatning. Førsteinstansvedtakene kan påklages til Pasientskadenemnda.

Virkeområdet for pasientskadeloven er regulert i loven § 1. I første ledd er det stilt krav til skadested og skadevolder. Det er tilstrekkelig at ett av kravene er oppfylt, slik at skaden enten må være voldt:

- a. i institusjon under spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- b. under ambulansetransport, eller
- c. av helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens, personer som opptrer på vegne av disse eller andre personer som fastsatt i forskrift.

Krav til skadesituasjonen er regulert i pasientskadeloven § 1 annet ledd. Her fremgår det at skader anses som pasientskader hvis de er voldt «under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev». Det er presisert i forarbeidene til loven, Ot. prp. nr. 31 (1998-99), at dette dreier seg om «behandlingssituasjoner i svært vid forstand.»

Pasientskadeloven omfatter ikke hjemmebaserte tjenester, hvis ikke skaden er voldt av helsepersonell med autorisasjon eller lisens, eller personer som opptrer på vegne av disse. Dette er presisert i forarbeidene til loven. Det er også presisert i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) at aldershjem holdes utenfor lovens virkeområde. Departementet har gitt følgende begrunnelse for dette synspunktet:

«Aldershjem er institusjoner etter sosialtjenesteloven. Formålet med opphold på aldershjem er ikke å få behandling. I de tilfeller vanlige beboere på aldershjem eller beboere som egentlig skulle vært plassert på sykehjem mottar helsetjenester på aldershjemmet, vil det oftest være helsepersonell eller deres medhjelpere som yter tjenestene. Skader som oppstår i slike tilfeller omfattes da av loven, og etter departementets syn er dette tilstrekkelig. Tilsvarende synspunkter gjelder for HVPUBoliger og andre boformer som faller utenfor de tre helselovene.»

9.5.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet uttalte departementet at virkeområdet til pasientskadeloven ikke er ment å skulle utvides gjennom ny lov om kommunale helse- og

omsorgstjenester. Forslaget innebar at institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, fortsatt skal holdes utenfor virkeområdet til pasientskadeloven. Departementet viste til at dette ville gjelde for aldershjem og barneboliger som i dag er regulert i sosialtjenesteloven. Departementet foreslo endring av pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a) for å presisere dette.

9.5.3 Høringsinstansenes syn

Flekkefjord kommune har i sin uttalelse sagt seg enig i departementets vurdering om å avgrense begrepet helseinstitusjon mot aldershjem og barnebolig. *Statens helsetilsyn* og *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold* har i sine høringssvar tatt til orde for at betegnelsen «helseinstitusjon» også bør omfatte barneboliger og aldershjem.

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF uttaler at det ikke kan se at en sammenslåing av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven påvirker pasientenes rettigheter etter pasientskadeloven. Brukerutvalget har likevel påpekt «at det kan være grenseoppganger mht lovverkets virkeområde som er vanskelig å trekke».

I uttalelsen fra *Norsk pasientskadeerstatning* heter det:

«Institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, bør fortsatt holdes utenfor virkeområdet til pasientskadeloven. Departementet påpeker at dette gjelder aldershjem og barneboliger som i dag er regulert i sosialtjenesteloven. Det samme vil gjelde andre institusjoner som ikke kan anses som helseinstitusjoner, jf. definisjonen av dette begrepet i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd. Departementet har foreslått en lovendring av pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a) for å presisere dette.

Norsk pasientskadeerstatning er enig med departementet i at i den utstrekning beboere ved slike institusjoner mottar helsehjelp fra helsepersonell med autorisasjon eller lisens, eller personer som opptrer på vegne av disse, og i den forbindelse voldes skade i henhold til pasientskadeloven, så vil denne type skader være omfattet av lovens ordning, jf. pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c)».

Når det gjelder departementets forslag til endring av pasientskadeloven § 1 ledd bokstav a, har Norsk pasientskadeerstatning bemerket «at lovttekstens konkrete angivelse av hvilke institu-

sjoner som faller utenfor pasientskadeloven, vil gjøre det vanskelig å vurdere om opprettelse av eventuelle fremtidige institusjoner/boliger/hjem i medhold av kommunal helse- og omsorgstjenestelov, hvor formålet primært ikke er å yte helsehjelp likevel skal falle inn under pasientskadelovens virkeområde».

Norsk pasientskadeerstatning har videre bemerket «at dersom det blir en økt utvikling av kommunale helsetjenester hvor disse ikke blir ytt av personale som faller inn under punkt c) i pasientskadeloven § 1, vil det være desto viktigere at loven er tydelig på hvilke institusjoner som faller innenfor og hvilke som faller utenfor pasientskadelovens virkeområde».

9.5.4 Departementets vurderinger og forslag

Som følge av lovforslaget om å slå sammen kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven i en felles tjenestelov, vil aldershjem og barneboliger være omfattet av den nye lovens bestemmelse om «plass i institusjon, herunder sykehjem», jf. lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Dette nødvendiggjør avklaring av forholdet til pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a om skader som er voldt «i institusjon under (...) kommunehelsetjenesten». Departementet viser også til helsepersonelloven § 3 fjerde ledd som definerer helseinstitusjon til å være «institusjon som hører under (...) lov om kommunehelsetjenesten.»

Etter departementets vurdering bør institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, fortsatt holdes utenfor virkeområdet til pasientskadeloven. Dette gjelder for eksempel aldershjem og barneboliger som i dag er regulert i sosialtjenesteloven. Det samme vil gjelde andre institusjoner som ikke kan anses som helseinstitusjoner, jf. definisjonen av dette begrepet i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd.

Departementet viser i den forbindelse til at i den utstrekning beboere ved slike institusjoner skades når de mottar helsehjelp fra helsepersonell med autorisasjon eller lisens, eller fra personer som opptrer på vegne av disse, vil pasientskadeloven få anvendelse, jf. pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c. Det er denne type handlinger som i størst grad vil utsette den enkelte for risiko for pasientskade. Den enkelte vil dermed i all hovedsak være sikret en like god erstatningsrettslig stilling som pasienter som mottar helsehjelp i mer klassiske helseinstitusjoner.

Departementet foreslår derfor at virkeområdet for pasientskadeloven fortsatt bør være avgrenset

slik det er i dag. I høringsnotatet foreslo departementet å endre pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a for å presisere dette. På bakgrunn av høringsvarene, mener departementet nå at det ikke bør søkes å gi en uttømmende oppstilling av institusjoner som ikke er «helseinstitusjoner». Ved å nevne aldershjem og barneboliger eksplisitt tas det ikke nødvendig høyde for den dynamiske utviklingen som er i helsesektoren. Risikoen er dermed stor for at angivelsen i lovteksten ikke blir dekkende for institusjoner som ikke er å anse som helseinstitusjoner. Helsepersonellovens definisjon av helseinstitusjon vil i utgangspunktet gjelde også for pasientskadelovens virkeområde. Departementet foreslår derfor at det i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd inntas en hjemmel til å definere «helseinstitusjon» nærmere i forskrift. Se også forslag til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd. Det vises også til den nærmere omtalen av helseinstitusjonsbegrepet i punkt 10.3.

9.6 Spesialisthelsetjenesteloven

Departementet foreslår endringer i spesialisthelsetjenesteloven i flere kapitler. Forslagene gjelder blant annet individuell plan, pasientansvarlig koordinator, koordinerende enhet og pasientansvarlig lege. Se særlig kapitlene 31, 32, 42 og 43. For en nærmere redegjørelse for forholdet mellom spesialisthelsetjenesteloven og forslaget til ny helse- og omsorgstjenestelov vises det til proposisjonens kapittel 8.

9.7 Helseregisterloven

Ved elektronisk behandling av helseopplysninger i helsetjenesten og helseforvaltningen gjelder helseregisterloven. Ved elektronisk behandling av personopplysninger i sosialtjenesten gjelder personopplysningsloven, i tillegg til bestemmelser i sosialtjenesteloven. Når departementet nå har foreslått at tjenester som i dag reguleres av sosialtjenesteloven skal inngå i en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester oppstår det spørsmål om forholdet til helseregisterloven og taushetsplikt.

En sentral problemstilling er hvorvidt behandling av personopplysninger som skjer i tilknytning til at det ytes tjenester som i dag omfattes av sosialtjenesteloven, men som etter lovforslaget vil omfattes av ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, skal reguleres av personopplysningsloven eller av helseregisterloven. Dette er nærmere omtalt i punkt 9.17.

Forslag om at helsepersonellovens regler om taushetsplikt og dokumentasjonsplikt i hovedsak skal gjøres gjeldende for alt personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven er nærmere vurdert i kapittel 10. Lovendringer som understøtter elektronisk kommunikasjon og samhandling omtales i kapittel 26.

Det foreslås ikke endringer i begrepene helseopplysninger eller helseregister. Begrepet helseopplysninger er meget vidt definert og omfatter blant annet alle opplysninger som er taushetsbelagt etter helsepersonelloven § 21 flg. Det er derfor ikke behov for å gjøre endringer i disse definisjonene.

I tillegg til ovennevnte foreslår departementet å rette opp en feil som følge av suksessive lovendringer i helseregisterloven § 9.

Stortinget vedtok ved behandling av Ot.prp. nr. 51 (2008–2009) Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven (tilgang til behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomhetsgrenser og etablering av behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomheter), endringer i helseregisterloven § 9. Det vises til Innst. O nr. 110 (2008–2009) og Besl. O nr. 119 (2008–2009). Endringen ga lovhjemmel for å pålegge virksomheter og helsepersonell meldeplikt i forskrift til registre som etableres med hjemmel i § 6 a. Dato for vedtaket i Odelstinget er 10. juni 2009 og i Lagtinget 16. juni 2009 (endringslov 19. juni 2009 nr. 68).

Ved behandling av Prop. 20 L (2009–2010) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m. (innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.), vedtok Stortinget endringer i helseregisterloven § 9. Det vises til Innst. 90 L (2009–2010) og Lovvedtak 24 (2009–2010). Endringen ga lovhjemmel for å pålegge virksomheter og helsepersonell meldeplikt i forskrift til registre som etableres med hjemmel i § 6 c (endringslov 18. desember 2009 nr. 137). Ovennevnte lovendring i Odelstinget 10. juni 2009, bifalt i Lagtinget 16. juni, ble ved en inkurie uteglemt.

På denne bakgrunn foreslår departementet å ta inn igjen den uteglemt henvisningen til § 6 a i helseregisterloven § 9.

9.8 Lov om råd for menneske med nedsett funksjonsevne

Etter lov 17. juni 2005 om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar

for menneske med nedsett funksjonsevne m.m., skal alle kommuner og fylkeskommuner ha et råd eller annen representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Målet med loven er å sikre god brukermedvirkning i arbeidet med blant annet kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet viser til at kommunene etter gjeldende rett har plikt til å involvere rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i arbeidet med strategier, planer og prioriteringer på dette området. Videre vises det til kapittel 33 om pasienters og brukeres innflytelse.

9.9 Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven regulerer fylkeskommunens ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Loven gir enkelte grupper av befolkningen rett til et regelmessig og oppsøkende tilbud i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg.

Rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er blant annet knyttet til kommunenes og helseforetakenes institusjonsbaserte eller hjemmebaserte organisering av kommunale tjenester eller spesialisttjenester. Siden tannhelsetjenesteloven ble utarbeidet i 1983 har tjenestetilbudet endret karakter. Behandling som tidligere ble gitt mens pasienter var innlagt på psykiatrisk og somatiske institusjoner, gis nå i stort omfang i form av polikliniske tjenester og ytelser i hjemmet. Det er behov for å gjennomgå i hvilken grad vilkårene i dagens lov er i samsvar med lovens formål. Departementet har derfor påbegynt et arbeid med å revidere tannhelsetjenesteloven.

9.10 Psykisk helsevernloven

Psykisk helsevernloven regulerer kommune- og spesialisthelsetjenesten innenfor det psykiske helsevern. Departementet foreslår noen mindre endringer i psykisk helsevernloven, herunder en endring i loven § 4-1 (individuell plan). Forslaget er nærmere omtalt i kapittel 31.

9.11 Forholdet til forslag til ny lov om folkehelsearbeid

Forslaget til ny folkehelselov retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter, i tillegg til virksomheter og eiendommer (miljørettet helsevern). Mens den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven gir bestemmelser

om helse- og omsorgstjenestene i kommunene, retter folkehelseoven seg mot kommunen som sådan. De tiltakene som kan følge av loven vil kunne iverksettes i mange ulike sektorer, for eksempel i skoler og barnehager, i samferdselssektoren og i helsetjenestene. Forholdet mellom de to lovene er nærmere omtalt i kapittel 17 og i proposisjonen til lov om folkehelsearbeid.

9.12 Barnevernloven

9.12.1 Gjeldende rett

Sosialtjenesteloven § 8-8 a om opplysningsplikt til barneverntjenesten, pålegger personell som arbeider innenfor rammen av sosialtjenesteloven i sitt arbeid å være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt skal personellet av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten, når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester §§ 4-10, 4-11 og 4-12, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jf. samme lov § 4-24. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, plikter personellet å gi slike opplysninger.

Tilsvarende bestemmelser er inntatt i helsepersonelloven § 33, som gjelder for personell i komunehelsetjenesten.

Barnevernloven har henvisninger til sosialtjenesteloven i §§ 2-4 og 6-7.

9.12.2 Forslaget i høringen

Det ble i høringen foreslått at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1. Departementet viste i den sammenheng til at helsepersonelloven § 33 setter samme krav til aktsomhet og samarbeid med barneverntjenesten som sosialtjenesteloven.

9.12.3 Høringsinstansenes syn

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Helseregion Øst og Sør) etterlyser en drøfting av barnevernlovens plass i samordningen og viser blant annet til NOU 2009:22 «Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge» (Flatøutvalget). Der er utfordringene med å koordinere og skape helhet i tjenester og tiltak til barn og unge og deres familier beskrevet nærmere.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet har i sitt hørings svar vist til at forslaget til ny lov ikke inneholder bestemmelser om ansvarsforholdet mellom barnevern, kommunale helse- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenester. Videre heter det:

«Vi opplever at det kan være utfordringer med å få helse- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenester til barn som er plassert utenfor hjemmet med hjemmel i barnevernloven. Det er også «gråsoner» i både i regelverket og i enkeltsaker i ansvarsforhold mellom kommunale helse- og sosialtjenester, spesialisthelsetjenester og barnevern. Det gjelder særlig for tiltak til barn- og unge med funksjonshemninger, psykiske problemer og/eller rusproblemer. Etter direktoratets oppfatning kan det være behov for nærmere regulering av disse spørsmålene – så langt det er mulig. Dette er ikke ivaretatt i forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov».

Barne-, ungdoms og familiedirektoratet har også foreslått at det i helse- og omsorgstjenesteloven inntas en egen bestemmelse om meldeplikt til barnevernet i helse- og omsorgstjenesteloven. I begrunnelsen heter det videre:

«Etter direktoratets vurdering er det uheldig at lovforslaget ikke inneholder en egen bestemmelse om meldeplikt til barnevernet slik det i dag fremgår etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. I og med at denne meldeplikten etter lovforslaget blir lovfestet i en annen lov, mener vi det kan utgjøre en fare for at reglene om meldeplikt kan overses. Det er veldig viktig at ansatte innen kommunale helse- og omsorgstjenester er oppmerksomme på denne meldeplikten. Etter vår vurdering vil dette komme best frem ved å ha en egen bestemmelse som omhandler meldeplikten i den nye kommunale helse- og omsorgsloven».

9.12.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at forslaget til helse- og omsorgstjenestelov vil innebære en styrking av brukerens rettigheter og at det stilles krav til personell og plikt til samarbeid. Dette vil også kunne komme barn som er plassert utenfor hjemmet med hjemmel i barnevernloven til gode. Departementet utelukker ikke at det kan være behov for nærmere regulering for å klargjøre ansvarsforhold mellom kommunale helse- og omsorgstje-

nester, spesialisthelsetjenester og barnevern. Departementet legger til grunn at det i forbindelse med Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets oppfølging av NOU 2009:22 *Det du gjør, gjør det helt* (Flatøutvalget) vil kunne bli aktuelt med ytterligere regelverkstiltak for å bedre samordningen av tjenester for utsatte barn og ungdommer. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker også å bidra i dette arbeidet.

Som det fremgår i kapittel 10, foreslår departementet at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1. Helsepersonelloven § 33 setter samme krav til aktsomhet og samarbeid med barneverntjenesten som sosialtjenesteloven.

Departementet ser ikke grunn til at den samme meldeplikten skal behandles både i helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven. En slik lovgivningsteknikk medfører at personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven også må gjøre seg kjent med helsepersonelloven, herunder helsepersonellovens regler om meldeplikt. Forventningen er at tjenesteutøverne gjør seg kjent med det regelverk som gjelder tjenesteutøvelsen.

9.13 Lov om sosiale tjenester i NAV

9.13.1 Gjeldende rett

Etableringen av felles lokale kontorer tillagt både statlige og kommunale tjenester, har skapt behov for lovgivning som i større grad støtter opp under en samordning og koordinering av NAV-kontorets samlede tilbud. NAV-kontoret som en enhet underbygger det felles ansvar stat og kommune har for kontorets tjenester og resultater, samt plikten til å samarbeide til beste for brukerne. De kommunale tjenestene som inngår i NAV-kontoret etter arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 13 er nå forankret i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (lov om sosiale tjenester i NAV). Dette er tjenester som tradisjonelt har vært forvaltet av sosialkontorene i kommunene.

9.13.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet viste departementet til at sosialtjenesteloven § 3-2 om samarbeid med andre deler av forvaltningen motsvarer § 13 i lov om sosiale tjenester i NAV. Departementet la til grunn at sosialtjenesteloven § 3-2 ville være ivaretatt gjennom lovforslaget § 3-1. Tredje ledd påla kommunen en

plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere. Bestemmelsens femte ledd fastslo at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helse- og omsorgstjenesten best mulig kan virke som en enhet

9.13.3 Høringsinstansenes syn

Fellesorganisasjonen (FO) mener at NAV-kontorenes rolle sett i forhold til det nye lovverket i alt for liten grad er tematisert og problematisert. FO uttaler videre:

«Selv om det ikke er direkte uttalt, gir det nye lovforslaget inntrykk av at alle kommunene har valgt den såkalte minimumsløsningen i NAV, og at kun tjenester og ytelser i henhold til lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen ligger i NAV-kontorene. Dette er selvfølgelig ikke tilfelle – en rekke kommuner har lagt tjenester som vil bli regulert av den nye loven til NAV. Lovforslaget bygger derfor på feil forutsetning (...)

I § 13 i arbeids- og velferdsforvaltningsloven står det også at «etaten og kommunen kan avtale at også andre av kommunens tjenester skal inngå i kontoret». Kommunene kan ut fra en avtale med staten legge de kommunale tjenestene de finner hensiktsmessig til NAV-kontorene, og dette har flertallet av kommunene benyttet seg av. Få har valgt minimumsløsningen som kun omfatter tjenester etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. De fleste kommunene har valgt å legge tjenester som vil bli omfattet av den nye loven til NAV-kontoret, i særlig grad tjenester til personer med rusproblemer (...)

En lang rekke kommuner har lagt tjenester til personer med rusproblemer og psykiske problemer til NAV-kontorene. Dette innebærer at en stor andel av personellet både vil yte tjenester etter den nye loven – hvor helsepersonelloven skal gjelde, og etter lov om sosiale tjenester i NAV – hvor helsepersonelloven ikke skal gjelde. Problemstillinger som dreier seg om helsepersonelloven og pasientrettighetslovens anvendelse på et NAV-kontor, er ikke berørt i høringen. Med NAVs visjoner om en individuelt tilpasset tjenesteportefølje, hvor kommunale og statlige tjenester smelter sammen til en helhetlig og individuelt tilpasset «skreddersøm», kan dette by på utfordringer når deler av disse tjenestene er underlagt hel-

sepersonelloven og pasientrettighetsloven – mens andre ikke er det. Eksempelvis er rusbehandling ofte en sentral del av et kvalifiseringsprogram.

Samordning mot NAV er like viktig som samordning mot de tradisjonelle helsetjenestene i kommunene. Dette er imidlertid ikke berørt i høringen.»

9.13.4 Departementets vurderinger og forslag

Et viktig hensyn ved vurderingen av grensesnittet mellom de forskjellige lovene har vært at tjenester som ofte gis i kombinasjon, og som kommunene vanligvis forvalter i samme organisatoriske enhet, blir forankret i samme lov. Selv om det er et skille mellom tjenester av hovedsakelig økonomisk eller arbeidsrettet karakter og helse- og omsorgstjenester, ivaretas behovet for samarbeid med helse- og omsorgstjenesten både på kommunalt og statlig nivå.

Lov om sosiale tjenester i NAV inneholder bestemmelser om samarbeid i enkeltsaker og på systemnivå. I enkeltsaker vil bestemmelser om blant annet kvalifiseringsprogram og individuell plan forutsette utstrakt samarbeid med andre etater. På systemnivå er det særlig sosialtjenesteloven § 3-2 om samarbeid med andre deler av forvaltningen som anses relevant. Denne bestemmelsen motsvarer § 13 i lov om sosiale tjenester i NAV. Etter departementets vurdering vil sosialtjenesteloven § 3-2 være ivaretatt gjennom lovforslaget § 3-1 tredje ledd som pålegger kommunen en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, samt bestemmelsens femte ledd som fastslår at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helse- og omsorgstjenesten best mulig kan virke som en enhet.

Departementet legger til grunn at det er behov for enkelte tekniske endringer fordi «sosialtjenesten» som begrep ikke videreføres i lovforslaget.

Når det gjelder spørsmål om helsepersonellovens virkeområde og forholdet til de NAV-ansatte, vises det til kapittel 10.5.3.4.

9.14 Sameloven

9.14.1 Gjeldende rett

Den samiske befolkning som urfolk har rettigheter regulert i nasjonale lover og internasjonale

konvensjoner, herunder Grunnloven § 110 a og lov 12. juni 1987 nr. 56 om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven), FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 27 og ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater.

FNs generalforsamling vedtok 13. september 2007 en felles urfolkserklæring, utarbeidet i en prosess med tett samarbeid mellom stater og ulike urfolksgrupper. Erklæringen legger viktige føringer i det videre arbeidet for å forstå hvilke rettigheter urfolk har, men er likevel ikke et folkerettslig bindende dokument. Den har bestemmelser som gjelder grunnleggende behov som mat, helse og utdanning.

Det følger av sameloven § 3-5 at «den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet, har rett til å bli betjent på samisk». Det følger også av § 3-5 i pasientrettighetsloven at informasjonen til pasienten «skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn». I forarbeidene til pasientrettighetsloven, Ot.prp. nr. 12 (1998-99), heter det blant annet:

«I NOU 1995: 6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge er det uttalt at det er en forutsetning for å oppnå likeverdige tilbud for samiske pasienter at de blir forstått av helsepersonell på sitt eget morsmål og ut fra sin egen kulturelle bakgrunn. Retten til informasjon tilpasset den enkelte pasients individuelle behov tilsier at det bør skaffes tolk eller pasienten bør bli betjent av samisktalende helsepersonell når dette er nødvendig for at pasienten skal gis informasjon som tilfredsstillende kravene i lovutkastet.»

ILO-konvensjon nr. 169 om urbefolkninger og stammefolk i selvstendige stater har bestemmelser som særskilt gjelder urfolks helse. I art. 7, punkt 2 og 3 fremgår det at forbedring av urfolks helse skal skje med deltakelse av og i samarbeid med aktuelle urfolk. Etter konvensjonens art. 25 skal regjeringene «sikre at tilfredsstillende helse-tjenester blir gjort tilgjengelig».

I tråd med kongelig resolusjon 1. juli 2005 er det blitt avholdt konsultasjoner mellom departementet og Sametinget i forbindelse med høringen av forslaget om ny helse- og omsorgstjenestelov. I tillegg har departementet mottatt høringssvar fra flere organisasjoner som representerer samiske interesser.

9.14.2 Høringsinstansenes syn

Sametinget har i sitt høringssvar til dokumenter angående samhandlingsreformen vist til gjeldende rett, herunder sameloven § 3-5 og ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater. Videre fremgår det:

«De grunnleggende prinsipper som er overordnet i Sametingsrådets politikk er at samiske tjenestemottakere har krav på en likeverdig helse- og sosialtjeneste på lik linje med den øvrige befolkning. Sentrale myndigheter har det overordnede ansvaret og må sørge for at det samiske perspektivet ivaretas og etterspørres i alle prosesser, og at det blir ivaretatt i sentrale helse- og sosialpolitiske satsinger. Dette innebærer at ansvarlige myndigheter i oppfølging av samhandlingsreformen må identifisere og vurdere status og utfordringer i forhold til samiske pasienters behov og rettigheter. Det må også utarbeides strategier for videre organisering, styring og satsing i forhold til dette.»

Norske Samers riksforbund uttaler:

«De forpliktelsene som både ILO-konvensjonen og FNs urfolksdeklarasjon stiller opp skal etter NSRs mening også gjøres gjeldende i forhold til de endringer som samhandlingsreformen omfatter. Dette som tillegg til de ordninger som eksisterer i dag med konsultasjoner med HOD om oppdragsdokumentene til helseforetakene samt Sametingets mulighet til å foreslå kandidater til styrene i ulike helseforetak som NSR forutsetter videreføres.»

Åvjøvarri urfolksregion uttaler:

«Forholdet mellom nye lovtekster og den samiske pasienten er ikke nevnt med et eneste ord i høringssvaret. Det forventes at Åvjøvarri Urfolksregion gis en særlig rolle i dette og at ny fremtidig kommunerolle tar inn urfolksperspektivet på en skikkelig måte. Når kommunens oppgaver skal tydeliggjøres og pasienten skal få sine tjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkelte livssituasjon forventes at dette følges opp og at Åvjøvarri Urfolksregion sammen med besluttede myndigheter tillegges denne oppgaven. Det bes om at det opprettes eget avsnitt om urfolk og at tilhørende lovtekster regulerer dette. Det foreslås at styrende myndigheter tar urfolksper-

spektivet på alvor når rammer for ny kommunerolle og oppgaver skal tydeliggjøres. Det forventes at urfolksregionen i midt Finnmark tas med, og at det utvikles et kraftsenter for helsetjenester i sammen med Midt Finnmark Helsehus og Ávjovárri Urfolksregion.

(...)

Et helhetlig pasientforløp med et lovfestet kontaktpunkt er viktige områder for og lykkes med ny helsereform med tilliggende lovtekster. Det er igjen grunn til å minne departementet på urbefolkningens klare rett til å motta kontaktpunktstjenester på det språk og med kulturforståelsen som behøves. Samarbeidskommunene i midt Finnmark og i Ávjovárri deltar gjerne som referansegruppe m h t å utvikle kartlegginger og riktig verktøy til urfolksgruppen. Allerede pr i dag har små og mellomstore kommuner fått merarbeid ifm koordinator roller. Dette er oppgaver som kommer i tillegg til andre oppgaver den enkelte ansatte har, slik det ofte er i små kommuner. Også her er det behov for en økning i personell ressursene.»

Også Kommunenes sentralforbund Finnmark og Kommunenes sentralforbund Troms har i sine høringsuttalelser tatt til orde for at samiske hensyn bør uttrykkes i lovforslaget.

9.14.3 Departementets vurderinger og forslag

Sametinget har ønsket at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester inntas en særskilt presisering av at samiske brukes og pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredninger og når beslutninger tas.

Etter departementets vurdering vil relevant regelverk som redegjort for i punkt 9.14.1 bidra til å sikre ivaretagelse av samiske hensyn og rettigheter, også i forhold til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vises i den forbindelse til at det i forhold til helse- og omsorgstjenester allerede er inntatt særskilt regulering i sameloven, jf. loven § 3-5 hvor det heter:

«Den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet, har rett til å bli betjent på samisk.»

Departementet vil for øvrig påpeke at landets kommuner generelt, og kommunenes helse- og

omsorgstjeneste spesielt, vil være forpliktet til å etterleve samelovens bestemmelser. Dette gjelder både ved utformingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og ved ytelse av konkrete helse- og omsorgstjenester omfattet av loven.

Departementet viser også til pasientrettighetsloven § 3-5 om pasienters rett til informasjon. Som redegjort for i punkt 9.14.1, skal informasjon til pasienten være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, noe som kan tilsi at det bør skaffes tolk eller at pasienten bør bli betjent av samisktalende helsepersonell når dette er nødvendig for at pasienten skal gis informasjon som tilfredsstillende kravene i bestemmelsen.

Som det vil ha fremgått, tar imidlertid ovennevnte regelverk særlig sikte på å avhjelpe de språkbarrierer som kan forekomme mellom samisktalende pasienter eller brukere og helse- og omsorgstjenesten. Etter en helhetsvurdering har derfor departementet kommet til at det kan være hensiktsmessig at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester også inntas særskilt lovfesting for å sikre ivaretagelse av samiske hensyn slik Sametinget har påpekt.

Departementet foreslår derfor at det i lovforslaget § 3-10 fjerde ledd inntas en presisering av at kommuner innenfor forvaltningsområdet for samiske språk, jf. sameloven § 3-1, skal ha en særlig plikt til å sørge for at samiske pasienters eller brukeres behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utformingen av tjenesten. Kommunens plikt etter fjerde ledd kommer i tillegg til det som følger av bestemmelsens første og andre ledd, hvor det fremgår at kommunene skal sikre pasient- og brukerinnflytelse på systemnivå innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det kan være behov for tilrettelagte tjenester på grunn av de spesielle utfordringer samiske pasienter eller brukere møter i kontakt med den norske helse- og omsorgstjenesten. Utfordringer er særlig knyttet til at samiske pasienter og brukere har en annen kultur og ofte et annet språk enn tjenesteutøverne, samt at det i mange tilfeller vil være mangel på kunnskap om samisk språk og kultur blant fagfolk på ulike nivåer innenfor helse- og omsorgstjenesten. Et godt tjenestetilbud tar utgangspunkt i den enkeltes pasients eller brukers behov. For samiske pasienter og brukere innebærer et godt tjenestetilbud en erkjennelse av at samiske pasienter og brukere har en annen språklig og kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen. Ved utforming av tjenestene må det etterspørres om valgte strategier og løsninger også gir et godt tilbud til samiske pasienter og

brukere, eller om det er nødvendig med særskilte grep for å gi et godt tjenestetilbud.

Departementet foreslår også at det i bestemmelsen inntas en henvisning til sameloven § 3-5 for å presisere at det for kommuner innenfor forvaltningsområdet for samiske språk allerede er fastsatt særskilte språkrettigheter for samiske pasienter eller brukere.

For ytterligere å understreke forpliktelsene som følger av sameloven m.v., har departementet presisert forholdet til sameloven i de spesielle merknadene til flere av bestemmelsene i lovforslaget, se blant annet formålsbestemmelsen i § 1-1 og bestemmelsen om kommunens overordnede ansvar 3-1.

Departementet foreslår også at det i helseforetaksloven § 35 inntas en presisering av at regionalt helseforetak skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven §§ 3-1 nr. 4 og 3-5.

Som nevnt er det i tråd med Kongelig resolusjon 1. juli 2005 blitt avholdt konsultasjoner mellom departementet og Sametinget i forbindelse med forslaget om ny helse- og omsorgstjenestelov. I forhold til forslaget til § 3-10 fjerde ledd har Sametinget bedt om at formuleringen «innenfor forvaltningsområdet for samisk språk» tas ut. Departementet har imidlertid ikke funnet grunn til å ta ut denne formuleringen. En eventuell utvidelse av § 3-10 fjerde ledd til å gjelde også utenfor forvaltningsområdet for samisk språk vil kreve ytterligere utredning av eventuelle administrative og økonomiske konsekvenser. Departementet vil i den forbindelse vise til at for kommuner som ikke hører under det samiske forvaltningsområdet, men som har samisk befolkning, skal kommunene likevel etter forslaget til § 3-10 første og andre ledd sørge for at representanter for samiske brukere og pasienter blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. I tillegg er det i de spesielle merknadene til flere bestemmelser i lovforslaget understreket viktigheten av at samiske hensyn og rettigheter etter sameloven også ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

9.15 Diskrimineringslovgivningen

9.15.1 Gjeldende rett

Diskrimineringslovgivningen består av likestillingsloven, som forbyr diskriminering på grunn av kjønn, diskrimineringsloven, som forbyr diskriminering på grunn av etnisitet og religion mv.

(spesifisert som etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion eller livssyn) diskriminerings- og tilgjengelighetsloven som forbyr diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne, samt bestemmelser i sektorlovgivningen.

Formålet med diskrimineringslovgivningen er å fremme likestilling og hindre diskriminering. Lovene gjelder for kommunale helse- og omsorgstjenester. De forbyr direkte og indirekte diskriminering. Indirekte diskriminering omfatter handlinger og unnlater som tilsynelatende er nøytrale, men som rent faktisk virker slik at en person stilles dårligere på grunn av ovennevnte forhold. Forbudet mot indirekte diskriminering vil implisitt medføre en plikt til å identifisere ulikheter og ta individuelle hensyn ved handlinger og unnlater, for å forhindre at enkelte stilles dårligere på grunn av kjønn, etnisitet eller nedsatt funksjonsevne. Forbudet mot direkte og indirekte diskriminering avgrenses av et unntak for saklig forskjellsbehandling.

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven har regler om plikt til generell og individuell tilrettelegging. Etter loven § 12 har kommunene en plikt til å foreta rimelig individuell tilrettelegging av tjenestetilbud etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven når tilbudet er av varig karakter for den enkelte. Denne plikten skal sikre at personer med nedsatt funksjonsevne får et likeverdig tilbud. Bestemmelsen medfører ingen innskrenkninger i kommunenes kompetanse til å bestemme hvilke tjenester som skal ytes, men innebærer at slike tjenester skal legges individuelt til rette når de ytes.

Etter likestillingsloven, diskrimineringsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven har offentlige myndigheter plikt til å arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme lovenes formål i all offentlig virksomhet, blant annet i regelverk og forvaltningsvedtak. Offentlige myndigheter har plikt til å utrede hvilke konsekvenser aktuelle planer og tiltak kan få for de grupper som er beskyttet av likestillings- og diskrimineringslovgivningen, samt plikt til å gjennomføre konkrete tiltak for likestilling og ikke-diskriminering. For at likestillingsarbeidet skal ha den ønskede effekten, må det forankres både hos ledelsen og alle ansatte, i plandokumenter, serviceerklæringer og budsjetter.

9.15.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet viste departementet til at diskrimineringslovgivningen ikke gir rettigheter eller

plikter ut over det som følger av forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet påpekte imidlertid at diskrimineringslovgivningen legger visse føringer for hvilke hensyn kommunene skal ivareta i sin virksomhet innen helse og omsorgssektoren og at kommunene må påse at dette perspektivet er ivaretatt både i planlegging av tjenestene, i saksbehandlingen og ved utformingen av tjenestene for den enkelte. Departementet foreslo ingen lovendringer.

9.15.3 Høringsinstansenes syn

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) uttaler blant annet at:

«Det har lenge vært bred politisk enighet om at full deltakelse, likestilling og medvirkning skal legges til grunn for utvikling av politiske tiltak for funksjonshemmede og kronisk syke. De foreslåtte lovendringer svekker brukernes rettigheter til fordel for kommunalt selvstyre og motarbeider målet om full deltakelse og likestilling.»

FFO har i sin uttalelse særskilt vist til ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og at det er uheldig at denne ikke er foreslått rettighetsfestet. *ADHD Norge* har på dette punktet sluttet seg til FFOs høringsuttalelse.

9.15.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet kan ikke se at forslaget til ny lov kommer i konflikt med diskrimineringslovgivningen. Det samme gjelder reguleringen av kommunenes ansvar for BPA. Spørsmålet om BPA skal være en rettighet for brukeren eller plikt for kommunen er drøftet i punkt 15.5.15.

Departementet vil bemerke at diskrimineringslovgivningen er ett av de sektoroverskridende regelverkene som kommunene uansett må se hen til i sin virksomhet etter ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Selv om lovene ikke gir rettigheter eller plikter ut over det som følger av forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, legger diskrimineringslovgivningen visse føringer for hvilke hensyn kommunene skal ivareta i sin virksomhet innen helse og omsorgssektoren. Kommunene skal påse at dette perspektivet er ivaretatt både i planlegging av tjenestene, i saksbehandlingen og i utformingen av tjenestene for den enkelte.

9.16 Forholdet til internasjonale menneskerettigheter

Forholdet til internasjonale menneskerettigheter er inkludert i vurderingene på flere områder i forslaget til ny helse- og omsorgstjenestelov. Samling, lagring og utveksling av personopplysninger er behandlet i punkt 9.17 om personvern, urfolks rettigheter er behandlet under punkt 9.14 om forholdet til sameloven og barns rettigheter under kapittel 30 om barns rettigheter til å bli hørt.

I dette punktet gir departementet en generell redegjørelse for forholdet til internasjonale menneskerettigheter.

9.16.1 Gjeldende rett

FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter gjelder som norsk lov, jf. menneskerettsloven. Artikkel 12 forplikter konvensjonsstatene til å treffe tiltak for å virkeliggjøre retten for enhver til den høyest oppnåelige levestandard både fysisk og psykisk. Tiltakene skal minske foster- og spedbarndødeligheten og fremme barnets sunne utvikling, forbedre alle sider ved hygien i miljø og industri, forebygge, behandle og kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer samt skape vilkår som trykker all legebekjemping og pleie under sykdom.

FNs barnekonvensjon er inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettsloven. Konvensjonen artikkel 24 har bestemmelser om at barn skal nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Landene skal særlig redusere spedbarns- og barnedødelighet, sikre at det ytes nødvendig legehjelp og helseomsorg til alle barn, bekjempe sykdom og feilernæring, sikre egnet helseomsorg for mødre før og etter fødselen, utvikle forebyggende helseomsorg, foreldreveiledning, og undervisning og tjenester innen familieplanlegging.

Europarådets konvensjon av 4. november 1950 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter, også kalt «Den europeiske menneskerettskonvensjon» (EMK), står sentralt i det internasjonale vern av menneskerettighetene. Konvensjonen ble gjort til norsk lov ved menneskerettsloven av 21. mai 1999 nr. 30 § 2 nr. 1. I EMK artikkel 3 er det fastslått at ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Det følger videre av EMK artikkel 8 (1) at enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse.

Norge har videre signert FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, Convention on the rights of persons with disabilities (CRPD).

9.16.2 Departementets vurderinger

Etter departementets vurdering er bindende menneskerettighetsforpliktelser tilfredsstillende ivare tatt i gjeldende kommunehelsetjenestelov, sosialtjenestelov og pasientrettighetslov. Det foreslås ikke nye lovendringer i proposisjonen her som svekker ivaretagelsen av de hensyn som ligger bak konvensjonenes bestemmelser. Pasientenes rettigheter og kommunens plikter videreføres. Dette gjelder også kommunenes særlige ansvar overfor mødre og barn, hvor blant annet svangerskaps- og barselomsorgstjenester, helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste uttrykkelig er foreslått videreført i ny helse- og omsorgstjenestelov.

Kommunenes rolle i folkehelsearbeidet tydeliggjøres i ny lov og økt fokus på forebyggingsperspektivet er grunnleggende for samhandlingsreformen. Hovedformålet med lovendringene er å legge til rette for en mer samordnet og helhetlig behandlingsskjede, til pasientenes beste. I lys av dette bidrar lovforslagene og nye samarbeidsformer til å forbedre befolkningens helse og levestandard, i tråd med våre internasjonale forpliktelser.

Helsepersonellovens bestemmelser om blant annet taushetsplikt og journalføring videreføres for helsepersonell. Det foreslås at helsepersonelloven også skal gjelde for personell som i dag yter tjenester etter lov om sosiale tjenester. Dette vil i enda større grad enn i dag sikre vernet av privatliv. Reglene for bruk av tvang overfor psykisk utviklingshemmede og rusmiddelmissbrukere i sosialtjenesteloven videreføres i ny lov, og innebærer derfor at tvang kun kan benyttes når det er helt nødvendig.

9.17 Personvern

9.17.1 Innledning

Informasjon om enkeltpersoners personlige forhold utgjør en viktig del av beslutningsgrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten. For å kunne utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte, må personellet ha tilgang til opplysninger av mer eller mindre sensitiv karakter. Tillit er grunnleggende for en velfungerende samhandling mellom tjenesteyter og pasient eller bruker.

Personvern kan kort beskrives som den enkeltes interesse i å ha kontroll over opplysninger om seg selv. Taushetsplikten er ett av flere sentrale elementer i personvernet (interessen av diskresjon). Taushetsplikten omfatter en rekke ulike opplysninger, og sensitiviteten varierer betraktelig, fra det de fleste ikke finner noen grunn til å holde hemmelig til informasjon som de færreste ønsker å dele ukritisk med andre.

Det er alminnelig akseptert at ivaretagelse av personvernet er ett av flere sentrale elementer for det tillitsforholdet som må herske mellom pasient eller bruker og helse- og omsorgstjeneste. Der som pasient eller bruker unnlater å ta kontakt, holder tilbake eller oppgir feilaktig informasjon av frykt for at opplysninger skal komme på avveie vil det kunne gi et feilaktig beslutningsgrunnlag.

Det er en sentral forutsetning at personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene bare skal ha tilgang til opplysninger som er nødvendige for å utføre arbeidsoppgaver. Slik tilgang skal ha grunnlag i konkrete vurderinger av vedkommendes arbeidsoppgaver og faglige behov. Vurderingen vil ofte innebære at den tilsattes opplysnings-tilgang skal være begrenset til enkelte tjenestemottakere, og heller ikke nødvendigvis omfatte alle tilgjengelige opplysninger om disse. Hvordan dette skal sikres, herunder informasjonssikkerhet, skal vurderes på basis av risikovurderinger, og gjenspeiles i oppbyggingen og organiseringen av databehandlingsansvarliges informasjonssystemer.

9.17.2 Gjeldende rett

Etter Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12 har enhver rett til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. Myndighetene skal skape vilkår som trykker all legebehandling og pleie under sykdom. Dette forutsetter at tjenestetilbudet må holde en forsvarlig og adekvat standard i lys av statens tilgjengelige ressurser og utviklingsnivå. Også respekt for privatliv er en menneskerettighet. Det vises her til artikkel 8 i Den europeiske menneskerettighetskonvensjon og artikkel 17 i Den internasjonale konvensjonen om sivile og politiske rettigheter. Se for øvrig punkt 9.16 om forholdet til internasjonale menneskerettigheter.

Personopplysningsloven regulerer behandling av opplysninger i sosialtjenesten, mens helseregisterloven er en særlov som regulerer behandling av helseopplysninger i helsetjenesten og helseforvaltningen. Begge lovene er basert på EUs personverndirektiv (direktiv 95/46/EF), og

er således innholdsmessig svært like. Både personopplysningslovens og helseregisterlovens formål er å bidra til at behandling av personopplysninger skjer i samsvar med grunnleggende personvern hensyn samt å ivareta behovet for tilstrekkelig opplysningskvalitet, personlig integritet og privatlivets fred. Lovens bestemmelser gjelder imidlertid bare om ikke annet følger av en særskilt lov som regulerer behandlingsmåten, se personopplysningsloven § 5 og helseregisterloven § 3 tredje og fjerde ledd og § 36.

9.17.3 Personvernregelverket

Helseregisterloven er en spesiallov for opprettelse av helseregistre og for behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen og helsetjenesten. I den utstrekning ikke annet følger av helseregisterloven, gjelder imidlertid personopplysningsloven med forskrifter som utfyllende bestemmelser, jf. § 36.

Lovens formål etter § 1 er å bidra til å gi helsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet. Den skal således ivareta både personvernet, pasientinteresser og samfunnsinteresser. Som pasient i helsetjenesten er man nødt til å avgi opplysninger om egen helse for å få adekvat helsehjelp. Samtidig er det viktig at pasienten har tillit til at disse opplysningene oppbevares forsvarlig og at tilgangen er begrenset. Samfunnets behov for tilgang til helsedata for å fremme folkehelseformål er ivaretatt gjennom lovregulering av retten til å opprette helseregistre.

Pasientrettighetslovens formålsbestemmelse i § 1-1 viser til at loven skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Pasientrettighetsloven gir således uttrykk for de tungtveiende hensyn som gjør seg gjeldende på helsetjenestens område.

Formålsbestemmelsen til helseregisterloven gir mer direkte uttrykk for at personvern er viktig når den sier at formålet med loven er å bidra til å gi helsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet, slik at helsehjelp kan gis på en forsvarlig og effektiv måte. Det presiseres videre at loven skal sikre at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger.

Ordet personvern sier i seg selv lite om selve innholdet av begrepet. Personvernet inndeles ofte i individuelle og kollektive interesser. Med individuelle interesser menes i korte trekk den enkeltes ønske om å ha kontroll med hvilke personopplysninger som er tilgjengelige for andre. Det omfatter også retten til diskresjon, fullstendighet, innsyn og for øvrig beskyttelse av privatlivets fred. Dette bygger på en forutsetning om at de fleste har et ønske om at enkelte opplysninger ikke skal tilflytte uvedkommende. Enkeltindividet har krav på en privat sfære. Spredning av personopplysninger vil i mange tilfeller kunne føles som en trussel mot den enkeltes integritet, samtidig som kunnskap om enkeltpersoner kan gi grunnlag for makt og kontroll.

Retten til innsyn i opplysninger som beskriver en selv er en individuell personverninteresse. Det er en rettighet som følger av blant annet helseregisterloven § 22, forvaltningsloven § 18 og pasientrettighetsloven § 5-1. Retten til innsyn er en forutsetning for å kunne vite hvilke opplysninger som faktisk er registrert, øve medinnflytelse med hensyn til spredning av opplysninger (diskresjon) og supplerings av tilgjengelige opplysninger (fullstendighet). Sistnevnte bidrar til å heve kvaliteten på de registrerte opplysningene. Kollektive interesser utgjør i stor grad allmenne samfunnsinteresser.

Et utgangspunkt, nært knyttet til ovenfor nevnte beskrivelse av personvern, er å sikre at den enkelte har størst mulig kontroll over bruken av opplysninger om seg selv. Dette utgangspunktet kan dels ivaretas gjennom å begrense kommunikasjonsadgangen, og dels ved å begrense adgangen til å registrere opplysninger. For øvrig er det i enkelte sammenhenger pålagt å informere de registrerte om at personopplysninger registreres og hva de skal benyttes til. Særlig viktig er hovedregelen, etter både personopplysningsloven og helseregisterloven, om samtykke fra den opplysningene gjelder for behandling av person- og helseopplysninger. Det foreligger imidlertid relativt mange unntak fra hovedregelen om samtykke.

Helseregisterloven er oppbygget på samme måte som personopplysningsloven. Den databehandlingsansvarlige har de samme pliktene som behandlingsansvarlige etter personopplysningsloven, herunder ansvar for at det finnes et behandlingsgrunnlag, etablering av internkontroll, informasjonssikkerhet og ivaretagelse av de registrertes rettigheter.

Helseregisterloven gir imidlertid også hjemmel for å opprette lokale, regionale og sentrale helseregistre. Behandling av direkte identifiserbare helseopplysninger i slike registre skal som

hovedregel baseres på et samtykke fra den registrerte, med mindre opplysningene pseudonymiseres eller aidentifiseres. Helseregisterloven § 8 hjemler dessuten enkelte, særskilt vedtatte, sentrale helseregistre som ikke er samtykkebaserte.

Dersom de samme tjenesteytere har tilgang til mye og variert informasjon om et stort antall mennesker, fører det til at risikoen for handlinger som strider mot pasientens eller brukerens rett til personvern øker. Personopplysningsloven og helseregisterloven setter derfor skranker for hvor langt man kan gå i å samordne informasjonsutveksling mellom og innen tjenester, se for eksempel personopplysningsloven § 11 og helseregisterloven § 13. I den grad ikke annet følger særskilt av samtykke eller lov, oppstiller helseregisterloven § 13 en vesentlig begrensning i tilgang til helseopplysninger. Begrensningen ligger i at bare personer som er underlagt den databehandlingsansvarliges instruksjonsmyndighet, eventuelt eksterne databehandlere, som hovedregel, kan gis tilgang til helseopplysninger. En slik begrensning er ikke uttrykkelig nedfelt i personopplysningsloven. Av samme bestemmelse følger også at tilgang bare kan gis i den grad det er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt.

I mai 2008 ble helseregisterloven tilføyd en viktig presisering om tilgang til helseopplysninger. Det ble tatt inn et uttrykkelig forbud mot å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte helseopplysninger uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift. Et slikt forbud er ikke uttrykkelig nedfelt i personopplysningsloven.

Personvern er ett av flere ulike hensyn som avveies mot hverandre. Det kan være en utfordring å ivareta hensynet til personvernet på en måte som ivaretar alle forventninger. Dette ikke minst fordi det ikke kan sies å foreligge en enhetlig oppfatning av hva som er «godt personvern», samtidig som helse- og omsorgsmessige positive effekter er tunge hensyn. Det er særlig to hensyn som kan innebære en krevende avveining i helse- og omsorgssektoren. Dette er hensynet til en best mulig tjeneste på individ- og samfunnsnivå, med tanke på både kvalitet og effektivitet, og hensynet til konfidensialitet.

Sentralt er også at opplysninger ikke skal brukes til andre formål enn de er innhentet for, uten etter samtykke fra den opplysningene gjelder. Dette kommer til uttrykk i personopplysningsloven og helseregisterloven § 11. Når helsepersonell innhenter opplysninger om en pasient, er det

ut fra et behandlingsmotiv. Hvilket formål opplysningene innhentes for er avgjørende for hva som innhentes og dokumenteres. Informasjon som trekkes ut av sammenhengen, vil i mange tilfeller gi et mangelfullt eller misvisende bilde av situasjonen. I tillegg vil det være økt fare for misbruk ved at opplysningene benyttes av andre, med andre faglige forutsetninger og interesser. Personvernens hensyn tilsier at informasjonsflyten skal være så klar som mulig, slik at den det gjelder er kjent med hvor informasjonen bringes videre. De registrerte vil kunne ha en legitim interesse av å kunne supplere informasjonen, eventuelt korrigere opplysningene, overfor de organer eller personer som arbeider videre med informasjonen.

Taushetsplikten i helse- og omsorgstjenesten verner om private interesser (diskresjon), og dens begrunnelse er ønsket om beskyttelse av enkeltindividers personlige forhold og private sfære. Den som avgir opplysninger som oppleves å være av personlig karakter til offentlige etater skal ha tillit til, og sikkerhet for, at opplysningene håndteres på en forsvarlig måte. Dette gjelder uavhengig av om slik avgivelse er basert på frivillighet eller ikke. Taushetsplikten legger således forholdene til rette for at tjenestemottaker skal kunne føle trygghet ved utlevering av informasjon som er nødvendig for å motta hjelpetilbud de har krav på.

Se nærmere om taushetsplikt i punkt 10.8 og helseregisterloven i punkt 9.7.

9.17.4 Internasjonal rett

Gjennom internasjonalt regelverk har den enkelte stat fått mindre frihet til selv å bestemme rammene for nasjonal retts forhold til personvern. Det internasjonale regelverket nedfeller et stort antall minstekrav som enkeltnasjoner er forpliktet til å overholde ved utforming av deres egen lovgivning.

Det internasjonale regelverket varierer med hensyn til detaljeringsgrad, anvendelsesområde og rettslig status. Deler av regelverket har form av grunntraktater om menneskerettigheter, og utgjør grunnlaget for mesteparten av det øvrige regelverket på feltet, både nasjonalt og internasjonalt. Deler av det øvrige regelverket har form av relativt detaljerte og omfattende regelsett som inneholder en rekke spesifikke krav til behandling av personopplysninger. De viktigste av disse regelsettene er EUs personverndirektiv og Europarådets konvensjon om personvern av 1981.

Regelsettene nevnt ovenfor er utformet på en teknologinøytral og generell måte, slik at de kommer til anvendelse på mange samfunnssektorer

og i mange forskjellige teknologiske sammenhenger.

Mulighetene til å velge særnasjonale løsninger på feltet er redusert. Det foreligger likevel et betydelig spillerom ved utforming av regelverk som berører personvernet innen helse- og omsorgssektoren.

9.17.4.1 EMK

EMK artikkel 8 pålegger staten å ha lover som verner privatlivets fred og den enkelte mot å få sin integritet og ære krenket, både av offentlige myndigheter og private aktører. Det må også finnes lover som regulerer innsamling, forvaltning og spredning av personopplysninger. Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) har gjennom flere avgjørelser gradvis erkjent at EMK artikkel 8 omfatter personvern. Den betoner krav til klar lovhjemmel og proporsjonalitet eller forholdsmessighet, slik at disse kravene også er blitt mer vektlagt og synliggjort ved anvendelse av personverndirektivet og øvrige regelsett på feltet.

9.17.4.2 EUs personverndirektiv

EUs direktiv om personvern (direktiv 95/46/EF om beskyttelse av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger), er tatt inn i avtalen om det europeiske økonomiske samarbeid av 1992 («EØS-avtalen») og er dermed folkerettslig bindende for Norge. Direktivet er sentralt for regulatorisk politikk på feltet. Ikke bare på grunn av EØS-avtalen, men også fordi direktivet er relativt detaljert og omfattende sammenlignet med de øvrige internasjonale regelsettene. Direktivet er implementert i norsk lovgivning gjennom blant annet personopplysningsloven og helseregisterloven.

Direktivet har som hovedformål å fremme personvernet og internasjonal handel ved å avskaffe unødvendige hindre mot at personopplysninger skal kunne overføres mellom medlemsland. Det stiller tydelige krav til harmonisering av nasjonalt regelverk ved fastsettelse av grunnprinsipper, begrepsapparat, tilsynsordninger og anvendelsesområdet for regulering.

Anvendelsesområdet for direktivet er både offentlig og privat sektor, men ikke virksomhet som faller utenfor fellesskapsrettens virkeområde, jf. artikkel 3(2). Behandling av personopplysninger som skjer «som ledd i rent personlige eller familiemessige aktiviteter», jf. artikkel 3(2) faller også utenfor direktivets anvendelsesområde. Det

er videre tillatt å unnta behandling av personopplysninger fra mange av direktivets sentrale bestemmelser når dette er nødvendig for å sikre ytringsfrihet, jf. artikkel 9. Liknende unntak kan dessuten innføres når dette er nødvendig for å sikre blant annet effektiv bekjempelse av kriminalitet, medlemsstatenes «vesentlige økonomiske eller finansielle interesser» eller «beskyttelsen av den registrertes interesser eller andres rettigheter», jf. artikkel 13(1).

Direktivets artikkel 8 oppstiller som et utgangspunkt at medlemsstatene skal forby behandling av såkalte sensitive opplysninger, herunder opplysninger om helseforhold. Av tredje punkt følger imidlertid unntak for situasjoner der «behandlingen av opplysningene er nødvendig med henblikk på forebyggende medisin, medisinsk diagnose, sykepleie eller behandling eller forvaltning av helsetjenester, og dersom opplysningene behandles av en helsearbeider som har taushetsplikt i henhold til nasjonal lovgivning eller regler fastsatt av vedkommende nasjonale myndighet, eller av en annen person med tilsvarende taushetsplikt.»

Direktivet krever at hvert medlemsland etablerer et eller flere uavhengige organer som skal føre tilsyn med implementeringen av nasjonalt regelverk på feltet, jf. artikkel 28(1).

9.17.5 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget presiserte at informasjon underlagt taushetsplikt ikke skal røpes der det strengt tatt ikke er nødvendig. Samtidig ble det gitt uttrykk for at i den grad det er i tjenestemottakerens interesse, er det viktig at taushetsplikten ikke, på en unødvendig måte, hindrer samarbeid mellom instanser om behandling og oppfølging av den enkelte. Utvalget uttalte følgende:

«Sosialtjenesten har i mange sammenhenger opplysninger om tjenestemottakerne som oppleves som like sensitive eller belastende som helsevesenets. Det foreligger likevel to forskjellige sett med taushetspliktbestemmelser. Utvalget er av den oppfatning at taushetsplikten ikke bør være strengere i helsetjenesten enn i sosialtjenesten. Det bør være felles sett med bestemmelser, som i stor grad samsvarer med helsepersonellovens regelsett.»

Utvalget viste til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene favner over et vidt område og at samtykke ikke i tilstrekkelig grad egnet til å iva-

reta interessene til alle mottakere av ytelser etter lovgivningen:

«De enkelte sakene gjenspeiler ofte ulike situasjoner hvor de konkrete vurderingene kan fremstå som vanskelige. Innhenting av samtykke kan derfor ha en tendens til å skje rutinemessig og uten den nødvendige konkrete vurderingen. Mangler ved samtykket kan innebære at det har begrenset gyldighet, og således ikke er egnet for å oppnå det formål det er innhentet for.»

Det ble presisert at det særlig er i forhold til personer som har begrensede muligheter til å forstå hva et eventuelt samtykke innebærer, det fremstår som lite heldig å basere innhenting, registrering, bruk og utlevering av sensitiv informasjon på et slikt hjemmelsgrunnlag. Videre ble det uttalt at det er viktig å merke seg at personer med behov for kommunal sosial- eller helsehjelp, ofte vil være i en situasjon der de kan føle seg tvunget til å gi opplysninger de helst ville holde for seg selv. Samtykket får i slike situasjoner derfor sin begrensning.

Utvalget ga også uttrykk for at ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke skal ha tilgang til andre opplysninger om tjenestemottakere enn det de trenger for å utøve sine arbeidsoppgaver («need to know»).

«Begrensninger i informasjonsflyten i den instansen som mottar opplysningene er spesielt viktig sett hen til de mange og varierte oppgaver kommunen utfører. Moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi har et stort potensial for å spre opplysninger. Mer informasjon er tilgjengelig og kan utveksles raskere enn tidligere. I den grad det legges stor vekt på informasjonssikkerheten i systemet, har teknologien også et betydelig personvern fremmende potensial. Utviklingen innen IT-baserte løsninger og bruken av disse muliggjør en annen tilgangskontroll, som i større grad kan samsvare med den enkelte saksbehandlers behov. (...)

Utvalgets forslag innebærer en vridning av dagens system, som i større grad gjør det mulig å følge tjenestemottakeren på tvers av de tradisjonelle kommunale skiller. Dette kan benevnes som en endring fra vertikal til større grad av horisontal informasjonsflyt. Dagens vertikale (fag/etat/personell) begrensning i informasjonsflyten er en praktisk tilnæringsmåte ved bruk av papirbaserte løsninger samt eldre og lite funksjonelle IT-systemer. Begrensningen i utvekslingens formål (hhv.

nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp og nødvendig for å fremme avgiverorganets oppgaver) og praktiske vanskeligheter med å begrense informasjonsutvekslingen til det som er nødvendig, fremstår som en utfordring i arbeidet med et helhetlig tjenestetilbud.»

Videre presiserte utvalget følgende:

«En horisontal løsning knyttet til den enkelte tjenestemottakers helhetlige behov, ikke organisasjonsform, medfører en vridning i informasjonsutvekslingen. Den totale informasjonsmengden den enkelte får tilgang til skal på denne måten ikke øke, slik at personverninteressen ivaretas. Likevel vil de negative konsekvensene for den enkelte tjenestemottaker kunne være betydelig større enn i dag dersom tjenesteyter går ut over sine fullmakter. Dette fordi tjenesteyter vil ha tilgang til mer informasjon om den enkelte, som kan tenkes benyttet på en kompromitterende måte. Samtidig vil tjenestemottakeren oppleve større grad av «sømløshet» og helhetlig tjenestetilbud i den kommunale sosial- og helseforvaltning. At tjenesteyterens bruk av systemet til enhver tid logges og at loggene gjennomgås og kontrolleres, er et viktig kvalitetssikringsaspekt, og antagelig en forutsetning for tillit i befolkningen.»

9.17.6 NOU 2009:1 Individ og integritet – Personvernkommisjonen

Personvernkommisjonen uttrykker at helsetjenesten er en «(...) viktig søyle i velferdsstaten og kan kort beskrives som statens organiserte innsats for å ivareta borgernes helsemessige behov. Videre uttales følgende:

«Helse er vidt definert og i denne sammenheng er det ikke nødvendig med noe skarpt skille mellom helsetjenester på den ene siden og sosiale tjenester og tilbud på den andre. Behandling, forebygging og avhjelping av sykdom, funksjonshemming og skade er sentrale oppgaver, som må løses i takt med samfunnsutviklingen.»

Det uttrykkes videre at helsetjenesten skal løse mange oppgaver og er under et konstant press med tanke på både å gjøre mer (behandle flere), forbedre tjenestetilbudet (ta i bruk ny kunnskap og nye metoder, øke kvaliteten, fremme sikkerheten) og sørge for at tjenestene er kostnadseffektive. Kommisjonen skriver følgende:

«Helsetjenesten er avhengig av tilgang på helseopplysninger for å kunne gi pasientene forsvarlig og individuelt tilpasset helsehjelp. Samtidig er personopplysninger om helseforhold og sosiale omstendigheter blant de mest private og sensitive, og det er derfor viktig at disse er godt beskyttet både rettslig og i praksis. I Personvernkommisjonens mandat pekes det nettopp på at helsesektoren er ett av flere områder der personvernutfordringene er mange og vanskelige. Pasientene må gi fra seg opplysninger om sykdom, uførhet, livsstil og andre personlige forhold av betydning for behandlingen for å nyte godt av slik helsehjelp. Hvis legen ikke har tilstrekkelige opplysninger om pasientens sykdomsbilde, forhistorie og situasjon ellers, vil behandlingen kunne lide, og pasienten kan i verste fall risikere å få gal behandling. Det er derfor et grunnleggende hensyn, og i pasientens interesse, at behandlende helsepersonell faktisk har tilgang til nødvendig informasjon om den pasienten de behandler. Mens få vil bestride dette, er det på den annen side flere kritiske røster som påpeker at «helsetjenesten lekker» og at det er en stadig videre personkrets som med rette eller urette får tilgang til sensitiv informasjon om pasienter.»

I utredningen peker kommisjonen på økt samarbeid mellom ulike velferdsetater som et karakteristisk trekk ved den moderne velferdsstaten. Dette kommer også til uttrykk i lovgivningen, som i økende grad har åpnet opp for samarbeid mellom ulike velferdsetater og for utveksling av personopplysninger på tvers av etatene. Kommisjonen påpeker at dette reiser viktige personvernspørsmål:

«Det forventes i mange tilfeller at helsepersonell samarbeider med andre fagfolk for å kunne gi et helhetlig og koordinert tilbud til grupper med behov for langvarig og sammensatt hjelp. Dette kan gi pasientene bedre behandling og oppfølging, men «prisen» er at flere får kunnskap om intime forhold vedrørende pasienten. Samarbeid på tvers av instanser og disipliner er blitt et honnørord for dagens velferdsstat, men det er viktig å påpeke at medaljen har en bakside, og da særlig i relasjon til personvern.»

9.17.7 Forslag i høringsnotatet

Av forhold som er av særlig relevans for personvernet foreslo departementet utvidelse av helseregisterlovens virkeområde og samordning av

reglene om taushetsplikt for personell som yter hjelp eller tjenester etter forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre ble det foreslått lovhjemmel i forskrift for å kunne stille krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon.

9.17.8 Høringsinstansenes syn

Det er primært *Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet* og *Datatilsynet* som har hatt merknader om personvern i høringsrunden. Innspillene har i stor grad vært knyttet til spørsmålet om personvern hensyn og personvernkonsekvenser er tilfredsstillende vurdert i høringsnotatet.

Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet uttaler følgende:

«Primært savner vi nærmere utredning av konsekvenser ved bruk av personopplysninger som er knyttet til utvidelsen av helseregisterlovens virkeområde i kapittel 7, kommunenes overordnede ansvar i kapittel 10, og kapittel 20 om materielle rettigheter. [...] forstår vi at HOD anser felles registre for helse- og sosialtjenester som avgjørende for å få til et sammenhengende tjenestetilbud. Hvis slike registre skal utvikles i hver kommune er det viktig å se nærmere på hva slags registermodell som skal benyttes og hvilket innhold slike registre skal ha.

Krav til forsvarlige IKT-systemer, herunder ivaretagelse av personvern, krever betydelig kompetanse som ikke enhver kommune kan forventes å ha. Vi er derfor meget positive til at det pågår et arbeid med å utvikle nasjonale standarder som samtlige aktører i helsesektoren er forpliktet til å benytte.»

Datatilsynet uttaler seg slik:

«De mest kritiske tiltakene som mangler utredning kan oppsummeres slik:

- De personvernmessige konsekvensene av å samordne ansvaret for kommunenes helse og omsorgstjenester i den nye loven
- Følgene av utvidet dokumentasjonsplikt, og hvordan personvernet skal ivaretas gjennom taushetsplikt, tilgangsstyring og krav til IKT-løsningene, da særlig med tanke på strukturering av journalsystemene
- De personvernmessige konsekvensene av endringene i helseregisterloven.»

9.17.9 Departementets vurderinger

Helse- og omsorgstjenesten behandler store mengder opplysninger av sensitiv karakter, herunder informasjon om sykdommer, straffbare forhold, sosiale problemer og arbeidsløshet. Denne type informasjon er ofte nødvendig for at tjenesten skal kunne løse sine oppgaver og gi innbyggerne de rettigheter og den service de har krav på.

I helse- og omsorgstjenesten, og i personvern-sammenheng, er det naturlig å begrense registrering av personopplysninger til det som er relevant og nødvendig for formålet. For at fagpersonellet skal kunne yte forsvarlig bistand er det imidlertid ikke hensiktsmessig, eller mulig, i et regelverk å angi hvilke opplysninger som på forhånd vil være relevant i den konkrete situasjonen. I forslaget til ny lov er formålet med tjenestene tydelig angitt, og har grunnlag i omfattende og årelang praksis.

Helseregisterloven er, i likhet med personopplysningsloven, basert på EUs personverndirektiv (direktiv 95/46/EF). Helseregisterloven er imidlertid en sektorspesifikk lov, som i større grad enn den generelle personopplysningsloven, er tilpasset helse- og omsorgssektorens utfordringer og behov. Innholdsmessig er sentrale bestemmelser om ansvar, informasjonssikkerhet, den registrertes materielle rettigheter og om tilsynsmyndigheten samsvarende med personopplysningsloven. Etter departementets oppfatning ivaretar helseregisterloven, i samspill med de øvrige helselovene, personvernet og behovet for gode helse- og omsorgstjenester etter en god avveiningsnøkkel. Departementet kan ikke se at en utvidelse av helseregisterlovens virkeområde vil ha negative personvernmessige konsekvenser, snarere tvert i mot. Det kan nevnes at det i loven § 13 a er nedfelt et forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger, et forbud som ikke følger av personopplysningsloven. Videre er det i loven § 13 siste ledd presisert at den registrerte har rett til innsyn i logg fra behandlingsrettet helseregister over hvem som har hatt tilgang til opplysninger om ham eller henne. Departementet opprettholder derfor forslaget om å utvide helseregisterlovens virkeområde til også å omfatte omsorgstjenester etter loven her.

Både Fornyings-, administrasjons- og kirke-departementet og Datatilsynet har i høringsrunden stilt spørsmål ved om personvernhensyn og personvernkonssekvenser er tilfredsstillende vurdert i høringsnotatet. Departementet har forståelse for spørsmålet, og ønsker å gi uttrykk for at personvern kunne ha kommet tydeligere frem i hørings-

notatet. Imidlertid ønskes presisert at helseregisterloven og eksisterende helse- og omsorgslovgivning tar opp i seg de grunnleggende personvernprinsippene slik de er nedfelt i EUs personverndirektiv og juridisk teori. De er imidlertid beskrevet noe annerledes og det er tidvis brukt andre ord og begreper enn det som følger personvernregelverket for øvrig. I tillegg er det en mer fragmentert fremstilling, knyttet til de aktuelle spørsmål, og ikke et eget kapittel.

Avveiningene, særlig skjæringspunktet mellom behovet for tilgjengelighet og konfidensialitet, kan være krevende. Spørsmålet vil i større grad kunne aktualiseres i tilknytning til forskriftsarbeidet.

En hovedintensjon med den nye loven er å sikre økt samarbeid mellom ulike personellgrupper i behandlingsskjeden, og sikre at tjenestetilbudet er tilgjengelig og tilpasset pasientens eller brukerens behov. Ivaretagelse av pasient- og brukergruppers personvern og tilrettelegging av tjenestetilbudet med respekt for den enkeltes integritet og verdighet er viktige elementer i et forsvarlig helse- og omsorgstjenestetilbud.

Det må tas hensyn til at faren for misbruk av informasjon kan forventes å øke proporsjonalt med antallet personer som har tilgang til opplysningene. Enkelte pasient- og brukergrupper er svært sårbare for lekkasjer av personlige opplysninger. Det er avgjørende at helse- og omsorgstjenesten inngir tillit og at de ulike tilbyderne av slike tjenester har holdninger som bidrar til dette. Dersom tilliten til tjenestens ivaretagelse av og respekt for fortrolige opplysninger svekkes, kan pasienter og brukere holde tilbake viktig informasjon av frykt for at opplysningene kan komme på avveie eller uvedkommende i hende, og derigjennom føre til dårligere kvalitet på tjenestene.

Sett hen til de øvrige personverninteressene regelverket skal ivareta, er det ønskelig å påpeke viktigheten av å legge til rette for at registrerte opplysninger er enhetlige og korrekte, og tilgjengelige når det er behov for det. Den databehandlingsansvarlige skal etter helseregisterloven § 13, sørge for at tilgang til helseopplysninger, bare gis i den grad dette er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Dette innebærer at den databehandlingsansvarlige for opplysningene må organisere og tilrettelegge virksomheten på en slik måte at urettmessige tilegnelser av taushetsbelagte pasient og brukeropplysninger, herunder «sno-king» ikke skjer.

Endrede krav til dokumentasjonsplikten vil, etter departementets oppfatning, ikke innebære

negative konsekvenser for personvernet. Datatilsynets kontrollvirksomhet i kommunesektoren de senere årene har vist at det er store kommunale ulikheter i hvordan opplysninger behandles. Se blant annet Datatilsynets og Personvernemndas årsmeldinger for 2008, Meld. St. nr. 5 (2009–2010). Et enhetlig regelverk for dokumentasjon vil kunne fremstå som positivt for pasient og bruker.

Gjeldende regelverk om taushetsplikt i helse- og omsorgssektoren er komplisert og til dels uoversiktlig – et forhold som vanskelig kan sies å være i brukerens eller pasientens interesse. Etter departementets vurdering vil en samordnet regulering av taushetsplikten for personell som arbeider og/eller yter hjelp på området, gi lovstrukturrelle, praktiske og personvernsmessige gevinster. Se nærmere om taushetsplikt i kapittel 10.

Et enhetlig regime og regelverk vil innebære en forenkling og en forbedring for kommunene. Sett i sammenheng med kapittel 26 er det også et stort potensial for bedre å kunne ivareta personvernet.

Det vil kunne være ressurskrevende og unødvendig for kommunene å ha flere ulike dokumentasjonsløsninger for en integrert helse- og omsorgstjeneste. Dette tilsier imidlertid ikke at det skal opprettes en felles enhetlig journal, hvor alle skal ha tilgang til alt, i hver kommune. Hva

som skal registreres skal være i tråd med formålet, og hvem som skal ha tilgang må være basert på vedkommendes arbeidsoppgaver og behov. Det er imidlertid viktig at det ikke etableres løsninger som er til hinder for effektiv og sikker kommunikasjon av nødvendig informasjon. God informasjonssikkerhet og gode arkitekturløsninger vil være viktige fundament. Databehandlingsansvarlige skal som den klare hovedregel vurdere egne behov, og tilpasse informasjonssikkerheten i henhold til risikovurderinger. Det er store kommunale ulikheter og det er ikke naturlig eller ønskelig å detaljregulere dette fra sentralt hold. Dette er grunnleggende for systematikk og ansvar i personopplysningsloven og helseregisterloven.

Det kan nevnes at lov om kommunale helsetjenester ikke vil foranledige behov for nye sentrale registre eller registrering av ytterligere variabler i allerede eksisterende sentrale helseregistre.

Utviklingen av velferdsstaten, med en stor og spesialisert offentlig forvaltning, har vist at andre sider av personvernet enn konfidensialitet også byr på utfordringer. Utfordringen kan like gjerne være forvaltningsinstitusjonen som treffer feilaktig vedtak grunnet manglende kjennskap til relevant informasjon som en annen forvaltningsenhet innehar.

10 Nærmere om forholdet til helsepersonelloven

10.1 Innledning

Departementet foreslår at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1. Forslaget innebærer at personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven i utgangspunktet vil omfattes av helsepersonellovens bestemmelser, herunder bestemmelser om krav til forsvarlig yrkesutøvelse og krav til taushetsplikt.

Departementet foreslår videre at departementet i forskrift skal kunne gjøre unntak fra eller særskilte tilpasninger til enkelte bestemmelser i helsepersonelloven for personell som ikke er helsepersonell og som yter helse- og omsorgstjenester.

Departementet har i dette kapitlet lagt vekt på å klargjøre konsekvensene av forslaget for personellens plikter ved å redegjøre for i hvilken grad helsepersonellovens ulike bestemmelser vil gjelde for det personellet som i dag yter hjelp etter sosialtjenesteloven. Enkelte av helsepersonellovens bestemmelser vil ikke være relevante for de nye personellgrupper som etter forslaget skal underlegges helsepersonelloven.

10.2 Behov for endringer

10.2.1 Utviklingstrekk knyttet til tjenestene

Utviklingen innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de senere årene gått i retning av at flere tjenester til flere personer ytes av hjemmetjenestene. Disse delene av tjenestene har derfor blitt mer kompetansekrevede. Det kan av og til virke tilfeldig om kommunene hjemler tjenestene i kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven, noe som skyldes at tjenestene etter de to lovene kan være ganske like.

Tjenestene og personellet reguleres av helselovgivningen når det tilbys eller ytes helsehjelp i henhold til kommunehelsetjenesteloven og av sosialtjenesteloven når det treffes vedtak om ytelse av tjenester som omfattes av denne loven. Deler av dagens sosial- og helsepersonell arbeider i stadig større grad innenfor de samme feltene og ofte vil

sosial- og helsepersonell jobbe side ved side og avløse hverandre. Dette gjelder særlig innen kommunens pleie- og omsorgstjeneste, psykisk helsearbeid og i arbeidet med rusmiddelavhengige og utviklingshemmede. Tjenester gis i mange tilfeller vekselvis av helsepersonell og «sosialpersonell», og samme personell kan yte både helsetjenester og sosiale tjenester. I disse situasjonene er det uheldig, både for brukerne og det enkelte personell at pliktene for personellet varierer.

10.2.2 NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget ble i mandatet bedt om å avklare forholdet mellom utvalgets forslag og den øvrige helselovgivningen. Det ble imidlertid presisert at «(...) helsepersonelloven bør i utgangspunktet holdes utenfor utvalgets gjennomgang, fordi dette er en lov som er ment å ivareta autorisasjonsordningen for helsepersonell og andre spesielle hensyn i tilknytning til profesjonsutøvelsen». Utvalget foreslo ingen endringer i helsepersonelloven. I forslaget var det imidlertid inntatt bestemmelser som skulle ha til hensikt å erstatte regler i helsepersonelloven.

Utvalget foreslo et krav om faglig forsvarlighet for tjenester som tilbys eller ytes etter lovforslaget. Forslaget innebar imidlertid ingen individuell plikt for sosialpersonell til å utføre tjenestene faglig forsvarlig. Videre foreslo utvalget felles regler for journalføring for tjenester etter loven. Ansvar for journalføringen var etter utvalgets forslag lagt til *kommunen* og ikke til den enkelte tjenesteyter.

Høringsinstansene var i hovedsak enige i Berntutvalgets forslag om å likestille reglene om dokumentasjon av helse- og sosialtjenester. De færreste uttalte seg konkret om forslaget til felles dokumentasjonsplikt.

10.2.3 Andre utredninger

Spørsmål knyttet til sosialpersonells yrkesutøvelse, og især spørsmålet om autorisasjon, har vært utredet i flere omganger de senere årene.

Helsedirektoratet la frem utredningen «*Krav til faglig forsvarlighet for sosialpersonell m.v.*» i juni 2007. Det ble der konkludert med at dagens lovgivning er mangelfull, og at det er behov for at kravene til forsvarlighet for sosialpersonell gjøres lettere tilgjengelige og forankres tydeligere i lovverket. Direktoratet vurderte helsepersonellovens bestemmelser og konkluderte med at det i hovedsak er behov for å stille tilsvarende krav overfor personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven, herunder krav til forsvarlighet og yrkesutøvelse.

Under behandlingen av St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening (omsorgsmeldingen)* vedtok Stortinget å be regjeringen om å vurdere en gjennomgang av autorisasjonsordningene i sosial- og helsetjenesten, jf. Innst. S. nr. 150 (2006-2007) og Vedtak 383. Helsedirektoratet leverte i januar 2008 rapporten «*Utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning*». Rapporten vurderer hvilke overordnede prinsipielle kriterier som bør legges til grunn ved autorisasjon av helsepersonell etter helsepersonelloven. I etterkant av rapporten ble direktoratet bedt om å foreta ytterligere utredning av enkelte problemstillinger. Direktoratets tilleggsrapport forelå i august 2008. Direktoratet foreslo i disse rapportene at helsepersonellovens autorisasjonsordning i all hovedsak kan videreføres i sin nåværende form.

10.3 Helsepersonellovens virkeområde og definisjoner

10.3.1 Gjeldende rett

Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket, jf. § 2 første ledd. Personell med autorisasjon eller lisens er definert helsepersonell etter § 3. Det samme er ikke-autorisert personell ansatt i helsetjenesten eller apotek som utfører helsehjelp. Elever og studenter kan også på bestemte vilkår regnes som helsepersonell. Autorisert personell omfattes av loven også når de yter helsehjelp utenfor helsetjenesten.

Sosialpersonell har ingen liknende lovgivning som regulerer yrkesutøvelsen. Tjenesteutøvelsen for denne gruppen er generelt regulert i arbeidsmiljøloven, i tillegg til de krav som forvaltningsloven stiller til personell som jobber innen offentlig forvaltning. Plikter etter sosialtjenesteloven er lagt til kommunen, som er ansvarlig for kvaliteten og forsvarligheten på de tjenester som tilbys.

Definisjonen av helseinstitusjon følger av helsepersonelloven § 3 fjerde ledd, hvor det fremgår at det med «helseinstitusjon» menes «institusjon

som hører under lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten». Se også omtale av definisjonen av helseinstitusjon i pasientskadeloven i punkt 9.5.

10.3.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell som tilbyr eller yter tjenester omfattet av den nye loven om helse- og omsorgstjenester. Sammenlignet med dagens regelverk ville en slik endring innebære at også personell som yter annen hjelp etter loven enn det som etter helsepersonelloven § 3 er å anse for helsehjelp, ville bli regulert av helsepersonellovens bestemmelser. Departementet viste i høringsnotatet til at endringen ville medføre at personell som arbeider innenfor de samme og tilstøtende felt ville få like plikter. For personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven, ville endringen medføre en utvidelse og klargjøring av plikter.

Departementet foreslo på denne bakgrunn en henvisningsbestemmelse i den nye loven § 2-1, hvor det fremgikk at helsepersonellovens regler skulle gjelde tilsvarende for personell som ikke er helsepersonell og som utfører andre handlinger enn helsehjelp (personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven).

Videre foreslo departementet å endre helsepersonellovens definisjon av helsehjelp, jf. § 3 tredje ledd, slik at denne definisjonen skulle bli liklydende med definisjonen av helsehjelp i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c.

Som følge av at kommunehelsetjenesteloven ble foreslått opphevet, foreslo departementet en teknisk endring av definisjonen av helseinstitusjon etter helsepersonelloven § 3 ved å vise til den nye loven fremfor kommunehelsetjenesteloven. I den forbindelse foreslo departementet også å endre bestemmelsen slik at begrepet helseinstitusjon ble avgrenset mot aldershjem og barnebolig. Begrunnelsen var at institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, heller ikke bør regnes som helseinstitusjoner i helsepersonellovens forstand.

10.3.3 Høringsinstansenes syn

10.3.3.1 Helsepersonellovens virkeområde

Blant høringsinstansene har det vært gjennomgående positive tilbakemeldinger på forslaget om at helsepersonelloven skal gjelde alt personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og

omsorgstjenester. *Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi), Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom), Rådet for psykisk helse, Frambu – senter for sjeldne funksjonshemninger, Delta, Fagforbundet, Norsk psykiatrisk forening, Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Helseregion Øst og Sør), Horten kommune og KS Sør-Trøndelag* er blant de høringsinstanser som har uttrykt støtte til forslaget. Støtten fra flere av høringsinstansene er imidlertid ikke uforbeholden.

Helsedirektoratet har i sin høringsuttalelse omtalt den lovtekniske tilnærmingen slik:

«Helsedirektoratet støtter at helsepersonelloven skal gjelde alt personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Lovforslaget innebærer imidlertid at en stor gruppe personell fra sosialtjenesten vil få tillagt en rekke nye plikter etter helsepersonelloven uten at dette fremgår av helsepersonellovens ordlyd. En av de overordnede målsetningene for lovarbeid må være å få et regelverk som på en brukervennlig måte gir oversikt over hvem og hva som blir regulert. Vi stiller oss tvilende til kommunenes mulighet for å praktisere denne loven i tråd med lovgivers intensjoner, så lenge den lovteknisk ikke er tilpasset sosialpersonell og de tjenester disse utfører. Direktoratet antar at det vil kunne bli mange tolkningsspørsmål knyttet til lovens personelle virkeområde.

(...)

For å skape et tilstrekkelig oversiktlig og forutsigbart regelverk bør «helsepersonell» suppleres med «eller personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester». Dette er riktig nok en ordrik tilføyelse, men det vil bidra til at plikten for det nye personellet kommer klart frem. Etter vår vurdering vil ikke dette gjøre det nødvendig å endre definisjonen av «helsepersonell» i helsepersonelloven § 3.»

Flertallet av de høringsinstanser som har kommentert spørsmålet om helsepersonellovens virkeområde med hensyn til personer som mottar omsorgslønn, herunder *Statens helsetilsyn, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og Eigersund kommune* har uttrykt at helsepersonelloven ikke bør gjelde for denne gruppen.

Norsk Fysioterapiforbund anser at lovforslaget § 2-1 er uklart og utdyper dette slik:

«Bestemmelsen har ingen reservasjoner i ordlyden, til tross for at det skisseres unntak flere steder i høringsnotatet. I departementets vurderinger på lovforslagets side 61 står det for eksempel at «helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel (vår understrekning) skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1.» Under høringsnotatets punkt 8.2.5 (side 81) står det at helsepersonelloven likevel ikke skal gjelde for de som mottar omsorgslønn etter lovforslagets § 3-7. Med en så vidtrekkende og uklar bestemmelse som det lovforslagets § 2-1 representerer, vil det også være vanskelig for pasientene og andre brukere av loven å forstå når den kommer til anvendelse.»

Også *Kompetansesenteret for IT i helsevesenet (KITH)* mener den foreslåtte bestemmelsen i § 2-1 blir uklar:

«Til tross for omtalen i høringsnotatets kapittel 8, framstår det for oss som uklart hva det vil innebære at «helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her». Selv om vi er enige i at en rekke bestemmelser i helsepersonelloven med fordel kan gjøres gjeldende også for annet personell som yter helse- og omsorgstjenester, foreligger det etter vår mening en betydelig fare for at den generelle utvidelsen av helsepersonellovens virkeområde som er foreslått, vil kunne få utilsiktede konsekvenser. Vi anbefaler derfor at det blir foretatt en konkret vurdering av hver enkelt bestemmelse i helsepersonelloven for å avklare hvilke konkrete endringer som kan være aktuelle og hvilke konsekvenser disse endringene vil få.»

Rådmannen i Drammen kommune, Fellesorganisasjonen og Norsk forbund for utviklingshemmede er blant de som mener at helsepersonellovens tittel bør endres slik at det også av denne fremgår at loven gjelder andre yrkesgrupper. Fellesorganisasjonen har uttalt at «(...) som en konsekvens av at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven forventer vi selvsagt at loven endrer navn i tråd med at også sosialfaglig personell innlemmes».

10.3.3.2 Begrepet helsehjelp

Flere av høringsinstansene, deriblant *Helsedirektoratet*, støtter departementets forslag om at defini-

sjonen av helsehjelp i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd utvides til å omfatte pleie og omsorg, og dermed blir identisk med definisjonen av helsehjelp i pasientrettighetsloven.

KITH har i sin høringsuttalelse gitt uttrykk for at departementets forslag om endring av helsepersonellovens definisjon av «helsehjelp» ikke vil innebære noen realitetsendring. Kompetansesenteret mener imidlertid at helsepersonellovens definisjon er best utformet og bør beholdes uforandret, og at det heller er pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c som bør endres i tråd med helsepersonellovens definisjon. *KITH* uttaler følgende:

«Pleie og omsorg representerer etter vår mening eksempler på aktiviteter som utføres for å kunne nå slike mål som beskrives av de ledd som omfattes av den nåværende definisjonen, og vi mener videre at de mål som settes for gjennomføringen av pleie- og omsorgsaktiviteter nettopp vil være av «forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende» natur. Å ta inn «pleie og omsorg» i definisjonen slik som foreslått i høringsnotatet, vil innebære at en i tillegg til en uttømmende liste på et overordnet nivå over hva som dekkes av definisjonen, også inkluderer eksempler på et mer detaljert nivå. Dette bryter etter vår mening med prinsippene for en god definisjon. Ønsker en å ta med eksempler på hva som dekkes av en definisjon, kan dette gjøres i en merknad.»

10.3.3.3 Om NAV-personell

Flere høringsinstanser har bemerket at en rekke kommuner har lagt tjenester til personer med rusproblemer og psykiske problemer til NAV-kontorene. Dette innebærer at det vil være NAV-personell som både vil yte tjenester etter den nye loven – hvor helsepersonelloven skal gjelde, og etter lov om sosiale tjenester i NAV – hvor helsepersonelloven ikke skal gjelde. Departementet har mottatt bemerkninger om dette blant annet fra *Kommunene i Listerregionen, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold, Fellesorganisasjonen (FO)* og *Arbeids- og velferdsdirektoratet*.

Tilbakemeldingene tyder på at høringsinstansene er i tvil om departementets forslag innebærer at helsepersonelloven også skal komme til anvendelse på personell som jobber ved NAV-kontorene. Arbeids- og velferdsdirektoratet har i sin høringsuttalelse derfor bedt om en avklaring:

«Bestemmelsen sier at helsepersonelloven gjelder for personell som yter helse- og

omsorgstjenester etter loven. Som vi har påpekt under generelle bemerkninger, er flere av tjenestene etter denne loven lagt til NAV-kontoret. Arbeids- og velferdsdirektoratet er usikker på hvorvidt det er ment at helsepersonelloven også skal gjelde ansatte og ledere på NAV-kontoret, og etterlyser tydelig avklaring av dette.»

Fellesorganisasjonen (FO) anser at NAV-kontorenes rolle sett i forhold til det nye lovverket i alt for liten grad er tematisert og problematisert og uttaler videre:

«Med NAVs visjoner om en individuelt tilpasset tjenesteportefølje, hvor kommunale og statlige tjenester smelter sammen til en helhetlig og individuelt tilpasset «skreddersøm», kan dette by på utfordringer når deler av disse tjenestene er underlagt helsepersonelloven og pasientrettighetsloven – mens andre ikke er det.»

10.3.3.4 Begrepet helseinstitusjon

Noen instanser, deriblant *Statens helsetilsyn, Fylkesmannen i Sogn og Fjordane, Fylkesmannen i Oslo og Akershus*, støtter ikke departementets forslag om å videreføre gjeldende rett for definisjon av helseinstitusjon i helsepersonelloven. Forslaget innebærer at institusjoner som ikke er opprettet med formål å yte helsetjenester ikke skal anses som helseinstitusjoner i henhold til helsepersonelloven. Fylkesmannen i Sogn og Fjordane skriver blant annet slik:

«Vi viser til at barnebustad og aldersheim ikke vert definert som «helseinstitusjon». Vår erfaring er at barnebustad sjeldan vert nytta, men i dei tilfella vi kjenner til, er det born med store helseplager og kroniske sjukdomar som epilepsi, sondeforing o.l. som bur der. Det er underleg at desse fell utanfor den nye lova, medan dei kjem innafor når dei blir 18 år. Dette bør difor definerast som helse- og omsorgsinstitusjon.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Rogaland mener også at «barnebolig, avlastningsbolig og aldershjem» bør defineres som helseinstitusjoner.

Helsedirektoratet har i sin uttalelse uttrykt at det særlig for barneboliger «er viktig å etablere et klart og tydelig regelverk for hvilket ansvar både kommunen og personellet har for denne tjenesten». Direktoratet viser til de funn som ble avdekket i landsomfattende tilsyn med sosial- og helse-

tjenester i barneboliger 2009. Både *Fylkesmannen i Oslo og Akershus* og *Fylkesmannen i Hedmark* mener det er behov for nærmere regulering av innholdet i tjenestene. Fylkesmannen i Hedmark viser til at «(...) selv om behovet for avlastning og behovet for bolig for dem som trenger aldershjem i utgangspunktet er en sosial tjeneste, er innslaget av helsehjelp så stort at innholdet i tjenestene bør presiseres i forskrift».

Helsepersonellovens definisjon av «helseinstitusjon» gjelder som definisjon også i annet regelverk. Dette er et forhold som er nærmere omtalt i høringsuttalelsen fra *Norsk pasientskadeerstatning*. Norsk pasientskadeerstatning har i sin høringsuttalelse sluttet seg til departementets forslag om at ny lov om helse- og omsorgstjenester ikke er ment å skulle utvide virkeområdet til pasientskadeloven. Se punkt 9.5.3.

10.3.4 Departementets vurderinger og forslag

10.3.4.1 Helsepersonellovens virkeområde

I dag er helsepersonells yrkesutøvelse regulert av helsepersonelloven som blant annet gir regler om forsvarlighet, taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og autorisasjon. Tilsvarende regulering finnes ikke for personell som yter sosiale tjenester. Personellets plikter varierer dermed til tross for at deler av dagens sosial- og helsepersonell innen pleie og omsorg, psykisk helsearbeid og i arbeidet med rusmiddelavhengige i stadig større grad arbeider innenfor de samme feltene. I disse situasjonene er det uheldig, både i forhold til brukerne og i forhold til det enkelte personell, at pliktene for personellet varierer.

Fra flere hold har det blitt fremholdt at en lovregulering av ansvaret til det enkelte personell vil bidra til å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet. Kravet om faglig forsvarlig yrkesutøvelse kan stimulere til faglig refleksjon og myndiggjøring av personellet. En lovfesting av yrkesutøvelsen kan også gi yrkene økt status.

Som det fremgår av kapittel 7, foreslås ikke skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester videreført i lovforslaget. En konsekvens av dette er at det også vil bli vanskelig å skille mellom helsepersonell og annet personell i den nye loven. Behovet for samordnet regulering av kommunens personell blir derfor enda sterkere.

På denne bakgrunn foreslår departementet at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1. Endringen i for-

hold til dagens regelverk består i at også personell som yter annen hjelp etter loven enn det som etter helsepersonelloven § 3 er å anse for helsehjelp, vil reguleres av helsepersonellovens bestemmelser.

Endringen vil medføre at personell som arbeider innenfor de samme og tilstøtende felt vil ha like plikter. For personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven, vil endringen medføre en utvidelse og klargjøring av plikter i forhold til den enkelte tjenestemottaker og tjenesteutøvelsen.

Forslaget til endring vil omfatte bare en begrenset del av det personell som i dag er ansatt i sosialtjenesten. Endringen vil kun gjelde det personell som yter tjenester etter lovforslaget her, og ikke personell som faller inn under lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Lovteknisk er det flere måter å la helsepersonellovens regler gjelde for alt personell etter den nye loven:

- Enten henvisning i den nye loven til reglene i helsepersonelloven og eventuelt presisere hvilke regler som ikke skal gjelde for enkelte typer tjenester/personell,
- Eller endre definisjoner og bestemmelser i helsepersonelloven som regulerer lovens saklige virkeområde.

Helsepersonelloven har et sterkt helsefaglig fokus. Det vil kreve et omfattende arbeid å foreslå endringer i denne loven som vil fange opp det sosialfaglige arbeidet på en likestilt måte. I tillegg ligger helsepersonelloven til grunn for en rekke helselover. Det er derfor vanskelig fullt ut å overskue alle eventuelle konsekvenser av en endring av lovens definisjoner. Endringer av lovens definisjoner kan dermed gi utilsiktede uheldige konsekvenser. Departementet foreslår derfor en henvisningsbestemmelse i den nye loven til reglene i helsepersonelloven, jf. lovforslaget § 2-1, hvor det skal fremgå at helsepersonellovens regler vil gjelde for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven. Eksempler på dette kan være tjenester i form av hjemmehjelp og støttekontaktordninger. Personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven vil dermed i utgangspunktet omfattes av helsepersonellovens bestemmelser, herunder bestemmelser om krav til forsvarlig yrkesutøvelse og krav til taushetsplikt.

Departementet legger imidlertid til grunn at personer som mottar omsorgslønn, jf. lovforslaget § 3-7, ikke vil være omfattet av helsepersonelloven. Det er her snakk om økonomiske ytelser som gis til en annen en den enkelte pasient/bru-

ker, – typisk en pårørende, og det vil etter departementets oppfatning ikke være naturlig å se det slik at denne personen er å anse for en person som yter helsehjelp i henhold til helsepersonelloven.

På bakgrunn av de synspunkter som er kommet frem i høringsuttalelsene, mener departementet at det i forslaget til § 2-1 også bør lovfestes en hjemmel for at departementet i forskrift kan regulere nærmere på hvilken måte de ulike bestemmelsene i helsepersonelloven skal gjelde for personell som ikke er helsepersonell. I forbindelse med et slikt forskriftsarbeid vil det være mulig å gjøre unntak eller særskilte tilpasninger for personell som ikke er helsepersonell. Det vil for eksempel kunne gis nærmere bestemmelser om personellets dokumentasjonsplikt, herunder hvilke opplysninger som skal anses som nødvendige opplysninger. Se forslag til ny lov § 2-1 andre punktum, hvor det fremgår at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av bestemmelsen, herunder om at enkelte bestemmelser i helsepersonelloven ikke skal gjelde for personell som yter bestemte tjenester etter den nye loven.

Etter departementets vurdering vil en nærmere regulering i forskrift etter ny lov § 2-1 bidra til en tilstrekkelig avklaring av hvilke personer som omfattes av lovens ulike bestemmelser. I forskriften vil det for eksempel kunne fremgå uttrykkelig at personer som mottar omsorgslønn ikke skal anses som personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Det fremstår derfor ikke nødvendig med en gjennomgående endring av lovbestemmelsene i helsepersonelloven og andre lover for å supplere ordlyden «helsepersonell» med «eller personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester», slik Helsedirektoratet foreslår. Det vil heller ikke være behov for å endre definisjonen av helsepersonell i helsepersonelloven § 3.

Departementet har kommet til at helsepersonellovens tittel ikke bør endres. Etter departementets vurdering er det ikke naturlig å endre lovens tittel når en henvisningsteknikk fremstår som det mest hensiktsmessige. I tillegg kommer det at endring av tittel på loven ville medføre et omfattende arbeid med språklige endringer i et stort antall enkeltbestemmelser i samme lov og annet regelverk som har henvisninger til helsepersonelloven.

10.3.4.2 Begrepet helsehjelp

Departementet opprettholder forslaget om å endre definisjon av *helsehjelp* i loven § 3 slik at denne blir i samsvar med definisjonen av *helse-*

hjelp i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c, hvor også «pleie- og omsorgsformål» er inkludert. Helsehjelpsbegrepet i helsepersonelloven fortolkes til også å omfatte pleie- og omsorgsformål, og lovendringen vil derfor ikke ha noen rettslig betydning. Endringsforslaget er derfor en ren teknisk endring. I vurderingen har departementet vektlagt at det av lovtekstene bør fremgå at begrepet «helsehjelp» skal forstås likt etter henholdsvis helsepersonelloven og pasientrettighetsloven.

Ettersom departementet foreslår at ny lov § 2-1 skal vise til at helsepersonellovens bestemmelser skal gjelde for alt personell etter den nye loven, foreslår departementet heller ingen endring i definisjonen av *helsepersonell* i helsepersonelloven § 3 første ledd. Dette betyr at helsepersonell fortsatt skal være:

1. personell med autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 eller lisens etter helsepersonelloven § 49
2. personell i helsetjenesten eller i apotek som utfører helsehjelp
3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp.

I kapittel 10.5 nedenfor er det foretatt en detaljert gjennomgang av hva forslaget konkret vil innebære med hensyn til de ulike bestemmelsene i helsepersonelloven, herunder personellens yrkesutøvelse, taushetsplikt, opplysningsrett/-plikt mv.

10.3.4.3 Om NAV-personell

De kommunale tjenestene som inngår i NAV-kontoret etter lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven) § 13 er nærmere regulert i lov 18. desember 2009 nr 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. I § 13 i NAV-loven står det også at «etaten og kommunen kan avtale at også andre av kommunens tjenester skal inngå i kontoret». Kommunene kan gjennom avtale med staten legge kommunale tjenester til NAV-kontorene, og denne adgangen er blitt benyttet i flertallet av landets kommuner. Et mindretall av kommunene har valgt løsningen med NAV-kontor som kun omfatter tjenester etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Departementet vil bemerke at NAV-ansatte fra tidligere har måttet forholde seg til regler om taushetsplikt og behandling av dokumentasjon som er regulert i forskjellig regelverk. Departementet viser i den forbindelse til den beskrivelse som er inntatt i forarbeidene til NAV-loven – Ot.prp.nr. 47 (2005-2006) om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen:

«Den foreslåtte bestemmelsen gjelder bare utveksling av personopplysninger underlagt taushetsplikt i denne loven eller i sosialtjenesteloven. Den gjelder ikke opplysninger som er innhentet med hjemmel for eksempel i barnevernloven eller av helsepersonell i forbindelse med utføring av helsetjenester. For helsetjenester gjelder egne regler om for eksempel taushetsplikt (helsepersonelloven) og om behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). Det betyr at der partene lokalt legger slike oppgaver til kontoret, vil taushetsplikt gjelde innad i kontoret med den konsekvensen at det må opprettes separate systemer for håndtering og arkivering av opplysningene.»

Personell som arbeider med utgangspunkt i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, vil ikke omfattes av helsepersonellovens regler. Det vil kun være aktuelt for personell som utfører tjenester etter forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet legger derfor til grunn at ansatte i NAV også i fremtiden vil måtte forholde seg taushetspliktregler nedfelt i ulikt regelverk.

10.3.4.4 Begrepet helseinstitusjon

Departementet vurderer det som alvorlig at det ved landsomfattende tilsyn i 2009 med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barneboliger og avlastningsboliger ble avdekket avvik fra eksisterende regelverk i tre av fire virksomheter hvor tilsyn ble gjennomført. Som flere av høringsinstansene fremhever, dreier det seg om en særlig sårbar gruppe barn som ofte kan ha behov for omfattende helse- og omsorgstjenester. Etter departementets vurdering fremgår det imidlertid ikke klart hvordan utvidelsen av definisjonen «helseinstitusjon» vil være egnet tiltak for å redusere de avvik som tilsynsmyndigheten har funnet. Departementet mener derfor at det er behov for nærmere utredning og vurdering av faktorer som kan forklare de omfattende avvikene som ble avdekket under det landsomfattende tilsynet i 2009. Når det gjelder spørsmål om tiltak for å redusere avvikene i tjenesten er det naturlig at eksisterende regelverk og behov for regelverksutvikling vurderes.

Departementet er videre skeptisk til en fremgangsmåte hvor man vil måtte tøye begrepet «helseinstitusjon» til å omfatte institusjoner hvor institusjonens hovedformål ikke er helsehjelp. I vurderingen har departementet også sett hen til at hel-

sepersonellovens definisjon av «helseinstitusjon» også inngår i annet regelverk, herunder pasientskadeloven, jf. § 1 første ledd bokstav a. Etter departementets vurdering vil det ikke være tilrådelig å gjøre utvidelser i eksisterende definisjon før konsekvensene av endringen for annet regelverk er tilfredsstillende utredet, herunder administrative og økonomiske konsekvenser.

Departementet holder på denne bakgrunn fast ved forslaget om at det i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd vises til institusjon som hører under ny helse- og omsorgstjenestelov til erstatning for kommunehelsetjenesteloven

På bakgrunn av tilbakemeldingene fra høringsinstansene mener departementet at det i fjerde ledd også bør inntas en hjemmel for at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes av bestemmelsen. Departementet mener at nærmere spesifisering av hvilke institusjoner som faller innenfor eller utenfor begrepet bør reguleres i forskrift og ikke i selve loven. Dette gjelder også forslaget om avgrensning mot aldershjem og barnebolig. Departementet foreslår derfor at departementet skal kunne gi forskrifter om hvilke institusjoner som skal regnes som helseinstitusjon.

10.4 Krav til personellens yrkesutøvelse

Lovforslaget innebærer at reglene i helsepersonelloven kapittel 2 om helsepersonells yrkesutøvelse vil gjelde for personell som yter tjenester etter forslaget til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, selv om disse ikke er helsepersonell. Kapittel 2 regulerer blant annet forsvarlighet, øyeblikkelig hjelp og informasjon til pasienter.

Kommunens personell har et selvstendig ansvar for å ivareta pliktene i forbindelse med yrkesutøvelsen. Personellet kan ilegges et særskilt rettslig ansvar for tilsidesettelse av plikter knyttet til yrkesutøvelsen, for eksempel advarsel, uavhengig av arbeidsgivers ansvar. Departementet viser imidlertid også til at kommunen etter helsepersonelloven § 16 har plikt til å organisere sin virksomhet slik at personellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. nedenfor.

Enkelte delbestemmelser berører kun personell med særskilte kvalifikasjoner, så som leger, tannleger, sykepleier og bioingeniør. Se helsepersonelloven §§ 4 tredje ledd, 11 og 12. Helsepersonelloven § 5 stiller krav til helsepersonells bruk av medhjelpere. Reglene vil i utgangspunktet gjelde for alt personell som yter tjenester etter lovforslaget. Kravene er imidlertid først og fremst myntet

på personell som utfører oppgaver med tilknyttet risiko.

Plikt til hensiktsmessig ressursbruk for helsepersonell er gitt i helsepersonelloven § 6 og vil etter forslaget gjelde alt personell som yter tjenester etter ny lov, også tjenester som ikke defineres som helsehjelp i henhold til helsepersonelloven § 3 tredje ledd.

Helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp vil gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven. Hva den enkelte plikter å gjøre, vil imidlertid variere etter hva som kan forventes på bakgrunn av den enkeltes kvalifikasjoner.

Helsepersonelloven § 8 og § 9 gir regler om pliktmessig avhold og forbud mot gaver m.v. i tjenesten. Forslaget om å gi reglene anvendelse for alt personell som yter tjenester etter lovforslaget vil tydeliggjøre plikter som allerede i dag følger av arbeidslivslovgivningen og interne retningslinjer eller instruksjer.

Helsepersonells plikt til å gi pasienten informasjon er regulert i helsepersonelloven § 10. Plikten vil etter forslaget gjelde alt personell som yter tjenester etter ny lov. Dette korresponderer med forslaget til endring av pasientrettighetsloven § 3-2 om pasientens rett til informasjon, se omtale i punkt 21.5.2.

I helsepersonelloven § 13 er det gitt regler om markedsføring av helsetjenester og virksomhet som yter helsehjelp. Reglene supplerer markedsføringslovens system. Det er stilt krav om at markedsføringen skal være forsvarlig, nøktern og saklig. Når det gjelder omsorgstjenestene, herunder de sosiale tjenester, har det vært en utvikling i tilbudet fra private aktører de senere årene. Brukerstyrte ordninger og foretak representerer nye eier- og driftsformer som i økende grad er i ferd med å bli etablert i omsorgssektoren. Forslaget i § 2-1 gjelder i utgangspunktet personell som yter tjenester etter lovforslaget. Dette omfatter også personell i virksomheter som utfører helse- og omsorgstjenester etter avtale med kommunen. De fleste private aktører som i dag tilbyr sosiale tjenester vil derfor omfattes av lovforslaget. I tillegg er det foreslått en generell hjemmel i ny lov § 3-2 fjerde ledd om at departementet kan gi forskrifter om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, se punkt 14.4.3. Slik forskrift kan være nødvendig for å kunne føre tilsyn med blant annet private rusinstitusjoner som ikke nødvendigvis har avtale med kommunen, men som tar inn pasienter direkte uten at disse går veien om kommunens tildeling av plass.

Helsepersonelloven § 14 gir departementet hjemmel for beordring av helsepersonell til vakt-

ordning. Videre er det gitt hjemmel til å gi forskrifter om gjennomføringen av dette. Hjemmel for beordring kan følge av arbeidsavtale eller lov. Det er i dag ingen generell lovhjemmel for å beordre sosialpersonell til tjeneste, unntatt i smittevern- eller beredskapstilfeller, jf. lov om helsemessig og sosial beredskap. Utover disse situasjonene antar imidlertid departementet at det neppe vil være behov for å ta i bruk den beordringsadgang som vil følge av helsepersonelloven § 14. En eventuell adgang til beordring må også sees i sammenheng med § 7 og plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.

Krav til attester, erklæringer og lignende er gitt i helsepersonelloven § 15. Her fremgår det blant annet krav om at attesten skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendig for formålet. Personell som yter sosiale tjenester utsteder sjelden attester i tradisjonell helsefaglig forstand. Personellet vil imidlertid i mange tilfeller bidra i for eksempel rehabiliteringsprosesser der deres erklæringer og lignende vil bli brukt som grunnlag for avgjørelser. Etter forslaget vil slike erklæringer omfattes av helsepersonelloven § 15.

10.5 Forsvarlig yrkesutøvelse – helsepersonelloven § 4

10.5.1 Gjeldende rett

Det fremgår av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal utføre sitt arbeide i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Bestemmelsen regulerer også plikt til samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell der dette er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp.

Forsvarlighetskravet er en rettslig standard. Det konkrete innholdet i forsvarlighetskravet kan bare fastsettes i det enkelte tilfellet vurdert på bakgrunn av de foreliggende omstendigheter, for eksempel gjennom tilsynsmyndighetenes virksomhet eller domstolsavgjørelser. Forsvarlighetskravet er knyttet til hva som kan forventes på bakgrunn av det enkelte personells kvalifikasjoner. Helsepersonellet har plikt til å holde seg faglig oppdatert. Innholdet i normen vil blant annet være avhengig av den enkeltes faglige tilhørighet, kvalifikasjoner, variasjoner i personlig erfaring og kompetanse.

Kravet til forsvarlig yrkesutøvelse må sees i sammenheng med kommunens plikt til å ha en forsvarlig virksomhet. Det betyr blant annet å

organisere tjenesten slik at helsepersonell skal kunne utføre faglig forsvarlige helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 16 og kommunehelsetjenesteloven § 1-3 bokstav a.

10.5.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet la i høringsnotatet til grunn at kravet til forsvarlighet ville gjelde alt personell som yter tjenester etter forslaget til ny helse- og omsorgstjenestelov, uavhengig av profesjons- eller tjenestetilknytning. Det ble også vist til at arbeidsgivere og virksomhetsledelser innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil ha et overordnet ansvar for å etablere og organisere et forsvarlig tjenestetilbud.

10.5.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene er enige i at kravet til forsvarlighet bør gjelde alt personell som yter tjenester etter lovforslaget. *HivNorge, Åfjord kommune, Ålesund kommune, KS Sør-Trøndelag og Norsk forbund for utviklingshemmede* er blant de høringsinstanser som har uttrykt generell støtte til forslaget. *Norsk forbund for utviklingshemmede* uttaler blant annet følgende:

«Vi ser det som positivt at også ansatte som yter omsorgstjenester blir pålagt et eget ansvar om å yte forsvarlige og gode tjenester. Kan dette skape økt faglig refleksjon hos den enkelte tjenesteyter og bidra til økt kvalitet på bistanden vil en slik regelendring fremstå som ønskelig.»

Enkelte instanser har samtidig uttrykt at det er behov for nærmere avklaring av forsvarlighetskravets innhold. *Norsk Psykiatrisk forening* uttaler:

«Npf støtter at helsepersonelloven skal gjelde for alle som yter tjeneste innenfor lovens virke. Det er særs viktig at det defineres hva faglig forsvarlighet skal innebære, særlig for ansatte uten fagutdannelse. Det er mange av disse i kommunale tjenester. Det må også stilles krav til språk- og kulturkunnskap. En økende andel ansatte i helsevesenet, særlig innen eldreomsorgen, oppleves å mangle basale kunnskaper om fagfeltet de jobber innenfor.»

Direktoratet for forvaltning og IKT anser at det vil være «(...) behov for nærmere avklaring av hvordan begrepet forsvarlighet skal forstås, og av hvilken instans som skal fastsette kompetansekrav til

personellet når kommunen skal utvide sitt oppgaveregister».

10.5.4 Departementets vurdering

Departementet vil understreke at forsvarlighetsbegrepet etter helsepersonelloven § 4 er en rettslig standard og at innholdet av forsvarlighetskravet ikke står fast en gang for alle. Forsvarlighet er ikke en statisk størrelse. Forsvarlighetskravets innhold vil måtte utvikles i takt med kunnskapen innenfor helse- og omsorgsfagene. På den bakgrunn vil det heller ikke være mulig for departementet å fremlegge en detaljert og uttømmende angivelse av hva som vil være innenfor eller utenfor lovens forsvarlighetskrav.

Som nevnt kan det konkrete innholdet i forsvarlighetskravet bare fastsettes i det enkelte tilfellet vurdert på bakgrunn av de foreliggende omstendigheter, for eksempel gjennom tilsynsmyndighetenes virksomhet eller domstolsavgjørelser. Departementet vil likevel angi noen hovedelementer som typisk vil kunne inngå i en slik forsvarlighetsvurdering.

Forsvarlighetskravet er knyttet til hva som kan forventes på bakgrunn av det enkelte personells kvalifikasjoner. Kravet omfatter en plikt til faglig oppdatering. Innholdet i normen vil være avhengig av den enkeltes faglige tilhørighet, kvalifikasjoner, variasjoner i personlig erfaring og kompetanse. Etter helsepersonelloven § 4 andre ledd skal kommunens personell ikke gå inn i situasjoner de ikke er kvalifisert til å håndtere. Personellet må med andre ord respektere begrensninger i egen kompetanse. Av bestemmelsen fremgår uttrykkelig at helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig.

Det er ikke et krav om at man skal gjøre alt som er mulig for tjenestemottakeren, for eksempel ved å ta alle tilgjengelige ressurser i bruk. Forsvarlighetskravet omfatter personellens atferd i tjenesten i sin alminnelighet. Det er derfor ikke bare en teknisk-faglig standard, men også en etisk standard. Personellet plikter blant annet å oppføre seg hensynsfullt og ordentlig overfor tjenestemottakerne. Kravet til forsvarlighet skjerpes ved forsøksvirksomhet og bruk av utradisjonelle metoder.

Det følger av forsvarlighetskravet at personellet har en plikt til å innhente nødvendig informasjon om tjenestemottakeren før helsehjelp gis. Det må innhentes tilstrekkelig informasjon til at beslutning om og gjennomføring av hjelp etter loven kan gjøres forsvarlig. All hjelp etter loven

forutsetter i utgangspunktet samtykke, se pasientrettighetsloven kapittel 4.

10.6 Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt

10.6.1 Innledning

Taushetsplikten i helse- og omsorgstjenesten verner om private interesser, og dens begrunnelse er ønsket om beskyttelse av enkeltindividers personlige forhold og private sfære. Taushetsplikten utgjør et sentralt element av personvernet. Personvern innebærer vern om den personlige integritet og bygger på et menneskesyn hvor individet tilskrives en egenverdi og rett til en beskyttet sfære rundt sitt privatliv. Respekten for enkeltindividers personlige integritet, herunder interesse av ikke å få sin anseelse forringet utad, er det bærende motiv i de overveielser som ligger til grunn for bestemmelsene om taushetsplikt.

En eventuell frykt hos den enkelte for at opplysninger skal komme på avveie kan føre til at tjenestemottakere unnlater å ta kontakt med helse- og omsorgstjenesten, holder tilbake opplysninger eller oppgir feilaktig informasjon.

10.6.2 Gjeldende rett

10.6.2.1 Forvaltningsmessig og profesjonsbestemt taushetsplikt

Taushetsplikten innenfor helse- og omsorgstjenesten reguleres i et tosporet system. Enhver som yter tjeneste for et forvaltningsorgan er bundet av den forvaltningsmessige taushetsplikt som følger av forvaltningsloven, jf. loven §§ 13 flg.

Helsepersonell er i tillegg bundet av den profesjonsbestemte taushetsplikten etter helsepersonelloven kapittel 5. Offentlig ansatt helsepersonell vil således være bundet både av den forvaltningsmessige og den profesjonsbestemte taushetsplikt. I praksis vil den profesjonsbestemte taushetsplikt bli lagt til grunn fordi den går noe lenger enn den forvaltningsmessige taushetsplikt. Se Ot prp nr 2 (1985-86) s. 56.

Sosialtjenesteloven pålegger tjenesteytere etter loven en modifisert forvaltningsmessig taushetsplikt. Loven § 8-8 henviser til forvaltningslovens taushetspliktbestemmelser, men strammer noe inn i forhold til hva slags type opplysninger som må anses for å være taushetsbelagte og i hvilken utstrekning opplysninger kan gis videre til andre forvaltningsorgan.

Mens den profesjonsbestemte taushetsplikten i prinsippet gjelder all pasientinformasjon, er den forvaltningsmessige taushetsplikten i utgangspunktet avgrenset mot nøytrale personopplysninger. Etter nærmere bestemmelser åpner den forvaltningsmessige taushetsplikten for sirkulasjon av opplysninger innenfor samme organ eller etat, og til en viss grad også overfor andre forvaltningsorganer. Tatt i betraktning de unntaksbestemmelser som gjelder for den profesjonsbestemte taushetsplikten, kan det imidlertid diskuteres hvor stor den reelle forskjellen i praksis er mellom de to systemene.

10.6.2.2 Nærmere om forvaltningsmessig taushetsplikt

Forvaltningsloven § 13 pålegger enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han eller hun i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om «noens personlige forhold». Taushetsplikten omfatter alt personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av utdanning og arbeidsoppgaver. I «personlige forhold» ligger at det må gjelde opplysninger om noe som det er vanlig å ønske å holde for seg selv. Forhold som er allment kjent, eller som det vanligvis anses helt kurant å gi opplysninger om, anses ikke som personlig i denne sammenheng, se for øvrig forvaltningsloven § 13a nr. 3. For å klargjøre hva som regnes som personlige forhold, er det i § 13 andre ledd gitt eksempler på forhold som ikke regnes som personlige. Dette er fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Det ligger imidlertid en reservasjon i at opplysninger ikke rører et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige.

Det at personellet skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger innebærer en plikt til aktivt å sikre at uvedkommende ikke får tilgang til taushetspliktbelagt informasjon, ikke bare en plikt til å tie. Bestemmelsen stiller også krav til oppbevaring og formidling av informasjon. Dokumenter og annet materiale som inneholder opplysninger undergitt taushetsplikt, skal forvaltningsorganet oppbevare på betryggende måte, jf. loven § 13 c andre ledd.

Taushetsplikten er begrenset til det personellet får vite om i forbindelse med tjenesten eller arbeidet, og gjelder under arbeid, i fritiden og etter at arbeidet eller tjenesten er avsluttet. At taushetsplikten ikke bare gjelder under utøvelse

av arbeidet, er en forutsetning for at plikten skal ha en reell funksjon.

Sosialtjenesteloven § 8-8 er en skjerpet bestemmelse om forvaltningsmessig taushetsplikt. Det er strengere regler for hva slags type opplysninger som anses å være taushetspliktbelagte og i hvilken utstrekning opplysninger kan gis videre til andre forvaltningsorganer. Taushetsplikten etter bestemmelsen gjelder i motsetning til forvaltningsloven også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om en klients oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til sosialtjenesten eller institusjonen å gi slik opplysning. Videre kan opplysninger gis til andre forvaltningsorganer bare når dette er nødvendig for å fremme sosialtjenestens eller institusjonens oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og nr. 6.

10.6.2.3 *Nærmere om helsepersonells taushetsplikt*

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21. Pasientrettighetsloven har en korresponderende bestemmelse i § 3-6 om pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger. Av pasientrettighetsloven § 3-6 følger at opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Videre følger det at opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den pasienten opplysningene gjelder.

Yrkesmessig taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 gjelder alt helsepersonell. Hvem som er helsepersonell følger av helsepersonelloven § 3 første ledd. I likhet med forvaltningslovens bestemmelser omfatter taushetsplikten både en plikt til å tie og en plikt til å hindre at opplysninger lekker ut, jf. helsepersonelloven § 21a. Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysningene gjøres tilgjengelig for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker, jf. helsepersonelloven § 22.

Taushetsplikten omfatter opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold og andre personlige forhold. Ettersom også pasientens øvrige

personlige forhold er tatt med, vil all personidentifiserbar informasjon som hovedregel være underlagt taushetsplikt. Det skilles ikke mellom mer eller mindre ømtålige opplysninger slik det gjøres for den forvaltningsmessige taushetsplikt. Taushetsplikten gjelder imidlertid ikke hvis opplysningene er kjent fra før. Videre er plikten begrenset til opplysninger som er mottatt i egenskap av å være helsepersonell og gjelder i alle situasjoner og til all tid. Det innebærer blant annet, i likhet med forvaltningslovens bestemmelse, at den ikke opphører å gjelde etter at arbeidsforholdet er avsluttet.

10.6.2.4 *Unntak fra taushetsplikten – opplysningsrett og opplysningsplikt*

Tidvis kommer den enkeltes interesse av konfidensialitet i konflikt med andre interesser, det være seg private eller offentlige. Både i forvaltningsloven, helsepersonelloven og andre tilknyttede lover er det derfor gitt flere unntak fra hovedregelen om taushetsplikt.

Taushetsplikten i helse- og omsorgstjenesten har til formål å verne tjenestemottakeren og kan derfor ikke påberopes overfor den som opplysningene angår. Tjenestemottakerens krav på informasjon om hvilke opplysninger som danner grunnlag for saksbehandling eller behandling er for øvrig viktig for at vedkommende skal kunne ivareta sine interesser.

Taushetsplikt er heller ikke til hinder for at opplysningene gjøres kjent for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker, jf. forvaltningsloven § 13 a nr. 1 og helsepersonelloven § 22 første ledd. Taushetsplikt settes til side etter samtykke fra den opplysningene gjelder, men bare så langt samtykket rekker. Det stilles ikke noe formkrav til samtykket. Hvorvidt vedkommende har kompetanse til å avgi et gyldig samtykke, avhenger av en konkret vurdering av om vedkommende er fysisk og psykisk i stand til både å forstå og vurdere konsekvensene av samtykket.

For tjenesteyter kan unntak fra taushetsplikten innebære en opplysningsrett eller en opplysnings- eller meldeplikt. Mens en opplysningsrett kan følge av tjenestemottakerens samtykke, vil en opplysningsplikt forutsette særskilt hjemmel i lov. Opphevelse av taushetsplikten fører altså ikke til at det automatisk inntreier en opplysningsplikt.

Taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 er heller ikke til hinder for at opplysningene brukes når behovet for beskyttelse er ivarettatt ved at de gis i statistisk form eller ved at individualiserende

kjennetegn utelates på annen måte, jf. loven § 13 a nr. 2. Tilsvarende følger av helsepersonelloven § 23 nr. 3.

Taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 og helsepersonelloven § 21 avskjærer i utgangspunktet utlevering av taushetspliktbelagt informasjon til andre tjenesteytere og helsepersonell innen organet eller etaten og andre forvaltningsorganer og etater. I forvaltningsloven § 13 b nr. 3 er det derfor inntatt en bestemmelse om at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysningene er tilgjengelige for andre tjenestemenn innen organet eller etaten i den utstrekning som trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning. Bestemmelsen kan sammenlignes med helsepersonelloven § 25 som regulerer taushetsplikt overfor samarbeidende helsepersonell. Etter helsepersonelloven § 25 kan taushetspliktbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og pasienten ikke motsetter seg det. Bestemmelsen er således ikke begrenset til organet eller etaten.

Forvaltningsloven § 13 b nr. 2 presiserer at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysningene benyttes til å oppnå det formål de er innhentet for. Dette er nærmere eksemplifisert ved at opplysningene kan brukes i forbindelse med saksforberedelse, avgjørelse, gjennomføring av avgjørelsen, oppfølging og kontroll.

Det er også unntak fra taushetsplikten for utlevering av opplysninger til forskningsformål, se helsepersonelloven § 29 og forvaltningsloven § 13 d. Utlevering etter disse bestemmelsene forutsetter imidlertid beslutning fra departementet. Unntak i taushetsplikt er videre gjort gjennom lovbestemmelser om opplysnings- og meldeplikt.

Revisor for kommune og kontrollutvalget har, uavhengig av regler om taushetsplikt, rett til innsyn i kommunens saksdokumenter og arkiver, jf. kommuneloven § 60 nr. 6. Kommuneloven § 60 nr. 1 fastslår at kommunestyret har det øverste tilsyn med den kommunale forvaltning, og kan forlange enhver sak lagt frem for seg til orientering eller avgjørelse. Hvorvidt taushetsplikt skal vike overfor kommunestyret, må bero på en interesseavveining mellom offentlige og private hensyn. Prinsippet om at det ikke skal utleveres andre opplysninger enn det som er nødvendig i det konkrete tilfellet, gjelder også overfor kommunestyret. Prinsippet gjelder også for revisor og kontrollutvalg.

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forhold-

dene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om, jf. pasientrettighetsloven § 3-6.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 6-6 a skal helsepersonell samarbeide med sosialtjenesten i klientsaker, og i sitt arbeid være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side. Utlevering av opplysninger skal skje innenfor rammen av taushetsplikten, og vil normalt forutsette samtykke fra den det gjelder, med mindre alle individuelle kjennetegn utelates. Tilsvarende følger av helsepersonelloven § 32 første ledd.

Uten hinder av taushetsplikt skal helsepersonell, av eget tiltak, gi opplysninger til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade, jf. sosialtjenesteloven 6-2 a. Tilsvarende følger av helsepersonelloven § 32 andre ledd. Plikten til å gi slike opplysninger gjelder også etter pålegg fra sosialtjenesten om å utlevere opplysninger.

Videre har helsepersonell opplysningsplikt til barnevernet etter helsepersonelloven § 33. Også sosialtjenesten skal, av eget tiltak og uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. sosialtjenesteloven § 8-8 a. Helse- og omsorgspersonell vil også ha meldeplikt etter straffeloven § 139 for å avverge bestemte alvorlige forbrytelser som er oppregnet i bestemmelsen. Bestemmelsen angir ingen plikt til å anmelde forbrytelser som allerede er begått.

Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet, jf. helsepersonelloven § 17.

Også i andre situasjoner oppstår det tidvis behov for å bringe identifiserbare opplysninger videre. Dette kan være i tilfeller der det ikke er mulig eller hensiktsmessig å innhente samtykke, eller der vedkommende nekter å avgi slikt samtykke. De vurderinger tjenesteytere må foreta i slike situasjoner vil langt på vei være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødrettsituasjoner. Helsepersonelloven § 23 nr. 4 gir en generell unntaksbestemmelse fra taushetsplikten for slike tilfeller. Det som taler for videreformidling av informasjon må veie vesentlig tyngre enn formålet med taushetsplikten.

10.6.3 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å samordne reglene om taushetsplikt ved at helsepersonellovens regler om taushetsplikt skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester som omfattes av forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg foreslo departementet enkelte innstramminger i den taushetsplikten som følger av forvaltningsloven og som enhver som yter tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan er bundet av. Sosialtjenesteloven § 2-5 om statens oppgaver og myndighet etter loven ble ikke foreslått videreført.

10.6.4 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser slutter seg til prinsippet om at helsepersonelloven skal gjeldende for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester etter ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Dette innebærer også en støtte til forslaget om at helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt skal gjelde for personellet. I høringsuttalelsen fra *Kommunene i Listerregionen* heter det:

«Dagens regelverk om taushetsplikt i helse og omsorgssektoren er komplisert og uoversiktlig og kan i noen grad være et hinder for at samhandling og samarbeid skjer. Kommunene støtter derfor departementet forslag om å samordne reglene om taushetsplikt ved at helsepersonellovens regler om taushetsplikt skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester etter ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Kommunene vil understreke at den utvidede plikten til å føre journal for tjenester, som i dag ligger under sosialtjenesteloven, vil medføre behov for opplæring av personell. Samtidig må ivaretagelse av personvernet sikres gjennom gode IKT-systemer og systemer for opplæring i bruken av disse, noe som også vil kreve økonomiske ressurser.»

Flere høringsinstanser er på ulikt grunnlag skeptiske til forslaget. Noen høringsinstanser har vært bekymret for at lovforslaget innebærer en innskrenkning av muligheten for informasjonsutveksling. Andre instanser frykter det motsatte – at lovforslaget innebærer en utvidelse av muligheten for informasjonsutveksling.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratets skepsis til forslaget er begrunnet i at forslaget vurde-

res å innskrenke muligheten for informasjonsutveksling mellom samarbeidende etater:

«I lovforslaget legges det til grunn at helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt blir hovedregelen. Det fremkommer blant annet av høringsforslaget at helsepersonellovens regler om taushet og opplysningsplikt er noe strengere enn tilsvarende regler i lov om sosiale tjenester. Det vises i høringsforslaget eksplisitt til at mulighetene for utveksling av informasjon mellom etater vil bli innskrenket. Direktoratet presiserer at behovet for utveksling av informasjon mellom etater ikke bare gjelder ved bekymringsmeldinger og forberedelse til vedtak etter barnevernloven. Behovet for informasjonsutveksling kan også være tilstede for barn plassert i barneverninstitusjon og fosterhjem med behov for tjenester etter ulikt lovverk. Direktoratet mener at det kan være uheldig at muligheten til slik informasjonsutveksling blir innskrenket.»

Datatilsynet frykter at forslaget vil kunne medføre økt fare for uautorisert tilgang til taushetsbelagte opplysninger:

«Datatilsynet mener at faren for uautorisert tilgang til taushetsbelagte opplysninger øker ved at flere typer tjenester samles under felles ansvar. Datatilsynet oppfatter at det finnes flere unntak fra taushetspliktsbestemmelsene etter helsepersonelloven enn det som følger av forvaltningsloven. I NOU 2009:1, Individ og integritet, er det lagt til grunn at det innen helse-tjenesten i dag er ca 50 unntak fra taushetsplikten. Ved å utvide anvendelsesområdet til helsepersonelloven, har unntakene fra taushetsplikten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten også blitt utvidet. Helsepersonelloven § 25 gir for eksempel hjemmel til utlevering av taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell når det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp. § 45 gir hjemmel til å utlevere og gi tilgang til journal og journalopplysninger dersom dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.»

På den andre siden har *Datatilsynet* uttalt at de er meget positive til at helsepersonelloven § 21 a kommer til anvendelse:

«Helsepersonelloven har i tillegg en bestemmelse som fastslår at såkalt snoking ikke er tillatt, jf. § 21 a. Tilsvarende bestemmelse finnes

ikke i forvaltningsloven. Datatilsynet er meget positiv til at § 21 a også får anvendelse overfor denne gruppen omsorgspersonell. I tillegg til den personlige plikten som påhviler hvert enkelt helsepersonell, inneholder også taushetsplikten systemkrav. Dette er blant annet slått fast av den europeiske menneskerettsdomstolen i saken mot Finland. I denne saken ble Finland dømt for krenkelse av EMK artikkel 8 (1), fordi det ikke på systemnivå forelå tilstrekkelig beskyttelse mot uautorisert innsyn på et sykehus.»

Når det gjelder lovtekniske spørsmål, har *Bergen kommune, Fylkesmannen i Nordland og Helsetilsynet i Nordland, Fylkesmannen i Telemark og Helse- og helsedirektoratet* foreslått at det i forslaget til ny lov § 12-1 bør henvises til helsepersonellov § 21. Helsedirektoratet uttaler om dette:

«Bestemmelsen inneholder kun en henvisning til forvaltningslovens taushetspliktsbestemmelser. Dette vil kunne virke misvisende i det også helsepersonellovens bestemmelser for taushetsplikt vil kunne komme til anvendelse jf. forslag til ny lov § 2-1.

Helsedirektoratet foreslår derfor at det tas inn i § 12-1 en henvisning til helsepersonellovens taushetspliktsbestemmelser.»

10.6.5 Departementets vurderinger og forslag

10.6.5.1 Generelt

Dagens regelverk om taushetsplikt i helse- og omsorgssektoren er komplisert og til dels uoversiktlig. Etter departementets vurdering vil en samordnet regulering av taushetsplikten for personell som arbeider og yter hjelp på området, gi lovstrukturelle, praktiske og personvernmessige gevinster. Departementet viser i den forbindelse til at i mange tilfeller vil én og samme person motta eller bruke tjenester eller hjelp som er regulert i henholdsvis sosialtjenesteloven eller helselovgivningen, og ofte samtidig. En lik regulering vil videre gjøre regelverket mer oversiktlig og forståelig for personellet, pasienter og brukere, og kan legge bedre til rette for samarbeid og opplæring.

På denne bakgrunn foreslår departementet å samordne reglene om taushetsplikt ved at også helsepersonellovens regler om taushetsplikt skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester som omfattes av forslaget til lov om

kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette følger av lovforslaget § 2-1, hvor det bestemmes at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell. Etter endringen vil det fortsatt foreligge et tosporet system for taushetsplikt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten; både den yrkesmessige eller profesjonsbestemte taushetsplikten og den forvaltningsmessige taushetsplikt.

I tillegg foreslår departementet enkelte innstramminger i den forvaltningsmessige taushetsplikten som følger av forvaltningsloven og som enhver som yter tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan er bundet av, se omtale av lovforslaget § 12-1 nedenfor.

10.6.5.2 Om yrkesmessig taushetsplikt

Etter lovforslaget § 2-1 vil helsepersonelloven gjelde for alt personell som tilbyr eller yter tjenester omfattet av loven. Dette gjelder også helsepersonelloven kapittel 5 om taushetsplikt. Nedenfor følger en kort oversikt over hva forslaget vil innebære med hensyn til de ulike bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 5. Oversikten er ikke en uttømmende gjennomgang av helsepersonellovens regler om taushetsplikt og opplysningsrett.

Alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester etter lovforslaget vil etter *helsepersonelloven § 21* ha plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger personlige forhold som de får i egenskap av å være helsepersonell eller annet personell som yter hjelp etter loven. Med personlige forhold menes forhold som er knyttet til den enkelte person. I tillegg til helseopplysninger vil det være opplysninger om sosiale forhold, sivilstand, økonomiske forhold m.v. Som hovedregel vil all personidentifiserbar informasjon være underlagt taushetsplikt.

Helsepersonelloven § 21a inneholder forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Etter forslaget vil forbudet gjelde alt personell som yter hjelp etter lovforslaget og bestemmelsens unntak vil være begrunnet i behovet for å kunne gi forsvarlig hjelp etter lovforslaget. Det vil kun være tillatt å tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger underlagt taushetsplikt når det er begrunnet i helsehjelp eller annen hjelp til tjenestemottakeren etter lovforslaget, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift. I likhet med § 21 skal § 21 a sikre ivaretagelse av den enkeltes personvern.

Det praktisk viktigste unntaket fra taushetsplikten er gitt i *helsepersonelloven § 22*. Etter bestemmelsen kan den som har krav på taushetsplikt samtykke til at opplysningene gjøres kjent for

andre. Regler om samtykke er gitt i pasientrettighetsloven kapittel 4. Et samtykke opphever ikke taushetsplikten generelt, men bare i den utstrekning tjenestemottakeren har ønsket. Samtykket kan når som helst trekkes tilbake, helt eller delvis. I *helsepersonelloven § 23* er det gitt en oppregning av ulike unntak fra taushetsplikten og i *§ 24 hjemles unntak* for opplysninger etter en persons død.

Adgangen til å gi opplysninger til samarbeidende personell er regulert i *helsepersonelloven § 25*. Etter bestemmelsen kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og pasienten ikke motsetter seg det. Som følge av lovforslaget § 2-1 vil taushetsbelagte opplysninger også kunne gis til samarbeidende personell som ikke er helsepersonell, men som yter tjenester etter lovforslaget. Det sentrale vurderingstemaet er om utleveringen er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp eller annen forsvarlig hjelp etter lovforslaget.

På samme måte som det er behov for faglig samarbeid mellom helsepersonell i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, er det behov for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i kommunen. Samarbeid om enkeltpersoner bør i størst mulig utstrekning gjennomføres med brukerens eller pasientens medvirkning og samtykke.

Helsepersonelloven § 26 regulerer blant annet i hvilken utstrekning taushetsbelagte opplysninger kan gis til virksomhetens ledelse. Etter lovforslaget kan den som yter helsehjelp eller annen hjelp etter lovforslaget gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp eller annen hjelp etter lovforslaget, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten.

I helsepersonelloven §§ 27, 28 og 29 er det gitt regler om opplysninger som sakkyndig, til arbeidsgiver og til forskning. Reglene vil gjelde alt personell som yter hjelp eller tjenester etter lovforslaget.

10.6.5.3 Om forvaltningsmessig taushetsplikt

I lovforslaget § 12-1 første ledd foreslår departementet som nevnt presisert at forvaltningsloven §§ 13 – 13 e skal gjelde for enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter loven. Forslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett og tilsvarer spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 første ledd.

De fleste ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste vil på grunn av lovforslaget § 2-1 omfattes av helsepersonellovens taushetspliktbestemmelser. Når det likevel foreslås en viderefø-

ring av forvaltningslovens taushetsregler for ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste, er det med tanke på de ansatte som ikke vil omfattes av helsepersonellovens taushetspliktsregler. Dette gjelder for eksempel ansatte på kommunens bestillerkontor, som behandler ulike opplysninger om tjenestemottakere.

Departementet foreslår imidlertid en innstramning sammenlignet med forvaltningslovens bestemmelser, ved at det i lovforslaget § 12-1 andre ledd bestemmes at taushetsplikten etter loven også skal omfatte opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Dette er opplysninger som i utgangspunkt er unntatt fra forvaltningslovens taushetsplikt i § 13 andre ledd, men som er omfattet av den strengere bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 8-8. Sosialtjenestelovens innretning videreføres derfor i lovforslaget.

For å verne om tjenestemottakernes tillitsforhold til kommunens helse- og omsorgstjeneste er det etter departementets vurdering behov for å innskrenke adgangen til å gi opplysninger til andre forvaltningsorganer sammenlignet med det som ellers følger av forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6. Adgangen til å gi opplysninger til andre forvaltningsorganer foreslås derfor begrenset til de tilfeller hvor dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter lovforslaget, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Se lovforslaget § 12-1 tredje ledd.

Personellet vil i mange situasjoner være underlagt både den yrkesmessige taushetsplikten og den forvaltningsmessige taushetsplikten. Som hovedregel skal den yrkesmessige taushetsplikten følges i slike situasjoner. Bestemmelsene om forvaltningsmessig taushetsplikt etter lovforslaget § 12-1 har derfor først og fremst selvstendig betydning for ansatte som ikke har taushetsplikt etter helsepersonelloven og lovforslaget § 2-1.

10.6.5.4 Om opplysningsplikt

I helsepersonelloven kapittel 6 er det inntatt en rekke bestemmelser om situasjoner hvor det kan inntre en opplysningsplikt for helsepersonell eller bestemte grupper av autorisert helsepersonell.

Av helsepersonelloven § 30 første punktum fremgår at helsepersonell skal gi Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket tilgang til virksomhetens lokaler og gi alle de opplysninger som anses påkrevd for utførelsen av tilsyn med helsepersonellens virksomhet. Av bestemmelsens andre punktum følger at helsepersonellet uavhengig av

taushetsplikt skal utlevere den dokumentasjon som tilsynsmyndighetene krever.

I sosialtjenesteloven §§ 2-5, 2-6 og 2-7 er det inntatt bestemmelser om henholdsvis statens oppgaver og myndighet etter loven, fylkesmannens tilsynsvirksomhet og Statens helsetilsyns tilsynsvirksomhet. Etter departementets vurdering må de tilsynsrelevante delene av disse bestemmelsene i all hovedsak sies å samsvare med det som følger av helsepersonelloven § 30. Slik sett vil helsepersonelloven § 30 uendret kunne gjelde også for personell som i dag er regulert av sosialtjenesteloven.

I sosialtjenesteloven § 2-5 første ledd bokstaver b til f er det imidlertid inntatt enkelte oppgaver som ikke anses for tilsynsvirksomhet i tradisjonell forstand. Av bokstav b følger at staten skal sørge for at erfaringer med loven blir vurdert og at det gjøres nødvendige endringer i regelverket. Bokstav c forutsetter at staten skal gi nødvendige retningslinjer og instruksjoner. Bokstav d innebærer at staten skal arbeide for at det blir satt i gang forskning som kan få betydning for løsningen av oppgaver etter loven. Ifølge bokstav e skal staten sørge for utdanning og veiledning for personale og andre som anvender loven. Etter bokstav f skal staten sørge for at det blir utarbeidet informasjonsmaterieell som sosialtjenesten kan bruke.

Departementets anser at en slik detaljert lovregulering ikke er nødvendig eller hensiktsmessig. Sosialtjenesteloven § 2-5 bokstaver b og c er oppgaver som staten uansett løpende vurderer, blant annet basert på innspill og erfaringsformidlinger fra brukere, brukerorganisasjoner og kommunale eller statlige organer. Etter departementets vurdering er det heller ikke nødvendig å videreføre en lovfesting av bokstav d om forskning. Bokstav e vil ivaretas av bestemmelsene om opplæring og utdanning i forslag til ny lov §§ 8-1 og 8-2, samt det ansvar stat og fylkeskommune generelt har for opplæring og utdanning. Bokstav f er etter departementets vurdering overflødig i lovs form, idet staten allerede utarbeider omfattende informasjonsmaterieell, papirbasert og elektronisk, for bruk i helse- og omsorgssektoren. På denne bakgrunn videreføres ikke hele sosialtjenesteloven § 2-5 i lovforslaget

Av sosialtjenesteloven § 2-5 andre ledd fremgår at departementet kan kreve at kommunale organer som hører under loven, samt regionale helseforetak og helseforetak som utfører tjenester som hører under loven, uten hinder av taushetsplikt gir de opplysninger og meldinger som er nødvendige for at departementet kan utføre sine oppgaver etter bestemmelsens første ledd. Det samme gjelder for institusjoner og boliger med

heldøgns omsorgstjenester som omfattes av loven kapittel 7. Det bestemmes videre at departementet kan kreve adgang til alle institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester som omfattes av loven kapittel 7. En lignende regulering er inntatt i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-2. Departementet foreslår å videreføre sosialtjenesteloven § 2-5 andre ledd og kommunehelsetjenesteloven § 6-3 andre ledd med en ordlyd utformet etter modell fra spesialisthelsetjenesteloven § 6-2. Se forslag til ny lov § 5-9 om opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen.

Etter helsepersonelloven § 31 skal helsepersonell varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person og eiendom. Tilsvarende bestemmelse finnes ikke i sosialtjenesteloven og bestemmelsen vil slik sett innebære en ny opplysningsplikt for personell som i dag arbeider innenfor sosialtjenesten og ikke har autorisasjon som helsepersonell.

Etter helsepersonelloven § 32 første ledd skal den som yter helsehjelp i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten. Utlevering av opplysninger skal imidlertid skje innenfor rammen av taushetsplikten. Dette vil normalt forutsette samtykke fra den det gjelder, med mindre alle individuelle kjennetegn utelates. Videre skal helsepersonell ifølge andre ledd uten hinder av taushetsplikt, av eget tiltak, gi opplysninger til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade. Plikten til å gi slike opplysninger gjelder også etter pålegg fra sosialtjenesten om å utlevere opplysninger. Departementet legger til grunn at det kun vil være behov for enkelte tekniske endringer av helsepersonelloven § 32 som følge av at begrepet sosialtjenesten ved lovforslaget erstattes av begrepet helse- og omsorgstjenesten. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen fordrer også enkelte tekniske endringer av bestemmelsen.

Videre har helsepersonell opplysningsplikt til barnevernet etter helsepersonelloven § 33. Helsepersonell skal, av eget tiltak og uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Tilsvarende bestemmelse følger av sosialtjenesteloven § 8-8 a. Helsepersonelloven § 33 kan derfor uendret gjelde overfor personell som i dag arbeider innenfor sosialtjenesten.

Opplysningsplikten etter helsepersonelloven § 34 gjelder bare for særskilt nevnte grupper av autorisert helsepersonell og vil derfor uten endring kunne gjelde for alle som tilbyr eller yter tjenester omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

I tillegg til opplysningspliktene som er nedfelt i helsepersonelloven kan helsepersonell, i likhet med andre borgere, ha opplysningsplikt med hjemmel i annet regelverk. Det vises blant annet til den generelle avvergingsplikten etter straffeloven § 139.

10.7 Dokumentasjonsplikt

10.7.1 Gjeldende rett

Helsepersonellens plikt til å nedtegne og dokumentere sin virksomhet, dokumentasjonsplikten, er regulert i helsepersonelloven kapittel 8. Utdypende bestemmelser er gitt i forskrift om pasientjournal. Pasientjournalen er et arbeidsverktøy for helsepersonell i tilknytning til at helsehjelp gis. Journalen skal blant annet gi oversikt over hvilke tiltak som er satt i verk, observasjoner og vurderinger, samt bidra til kommunikasjon mellom helsepersonell. Journalen skal også tjene som bevis og tidsnært kildemateriale i pasientskadesaker eller tilsynssaker.

Bestemmelsene i helsepersonelloven retter seg mot helsepersonell og virksomheter (herunder kommuner) som yter helsehjelp. Av helsepersonelloven § 16 følger det at virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, herunder dokumentasjonsplikten. Alle virksomheter som yter helsehjelp har også en selvstendig plikt til å opprette journalsystem etter pasientjournalforskriften § 4.

10.7.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet pekte på at forslaget om at helsepersonelloven skulle gjøres gjeldende for personell etter ny helse- og omsorgstjenestelov, ville medføre at helsepersonellovens regler om dokumentasjonsplikt gjelder tilsvarende for personell som yter tjenester etter lovforslaget uten å være helsepersonell. Dette gjelder for eksempel sosialpersonell som yter hjemmehjelp. Videre ville alle virksomheter som yter tjenester etter lovforslaget (kommunene og private etter avtale med kommune) ha samme plikter som virksomheter som yter helsehjelp har etter helsepersonelloven i dag. Plikter som er lagt til helseinstitusjoner skulle

omfatte alle institusjoner etter lovforslaget, med unntak av barneboliger og aldershjem.

Ansvar for å nedtegne opplysninger knyttet til tjenesteytingen skulle pålegges personell som yter hjelp eller tjenester etter lovforslaget. Vedkommende vil ha plikt til å nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte tjenestemottaker, jf. helsepersonelloven § 39 første ledd første punktum. Plikten vil gjelde personell som yter selvstendig hjelp. Plikten til å føre journal gjelder ikke samarbeidende personell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet personell, jf. bestemmelsens første ledd andre punktum, med mindre de rent faktisk er alene om å gi den aktuelle hjelpen eller for øvrig har en selvstendig rolle. Dette betyr at underordnet eller støttende personell ikke vil ha noen selvstendig journalføringsplikt. Ved hjelp eller tjenester som ikke er helsehjelp, for eksempel enkelte typer omsorgstjenester og sosial rehabilitering til utviklingshemmede, vil personellet ofte ha en selvstendig rolle og i stor grad være alene om å gi hjelpen. Personellet ville i disse tilfellene etter forslaget få plikt til å føre journal etter helsepersonelloven § 39 første ledd første punktum.

Av helsepersonelloven § 39 andre ledd følger at det i helseinstitusjoner skal utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal. Departementet foreslår en forskriftshjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal regnes som helseinstitusjoner, se omtale i punkt 10.3.

I helsepersonelloven § 40 er det oppstilt krav til journalens innhold. Etter bestemmelsen skal alt personell som yter hjelp eller tjenester føre relevante og nødvendige opplysninger om tjenestemottakeren og den hjelpen som gis i journal, i samsvar med god yrkesskikk. Utdypende bestemmelser er gitt i pasientjournalforskriften som etter høringsnotatets forslag skulle få tilsvarende anvendelse for alt personell som yter tjenester etter lovforslaget. Departementet anså at kravet i helsepersonelloven § 40 om å journalføre relevante og nødvendige opplysninger, og de utdypende bestemmelsene i journalføringsforskriften, ville begrense journalføringsplikten til det hensiktsmessige og formålstjenlige. Regelforslaget ville slik sett ikke medføre en økt og uhenktsmessig byråkratisering av tjenesteytingen. Departementet viste til at det ville være behov for å vurdere om krav til journalens innhold for pleie- og omsorgstjenester skal konkretiseres, jf. veileder IS-1040 Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester.

Journalføringsplikten skulle være begrenset til personell som yter hjelp etter lovforslaget, det vil si hjelp i tilknytning til de tjenester og oppgaver som fremgår av lovforslaget § 3-2. Ut over dette var det etter departementets vurdering ikke ønskelig eller behov for å gjøre unntak i journalføringsplikten for enkelte av kommunens personellgrupper. Departementet la imidlertid til grunn at helsepersonelloven ikke skulle komme til anvendelse overfor personer som mottar omsorgslønn. Begrunnelsen var at de formålene som en pasientjournal skal tjene, ikke gjør seg gjeldende for mottagere av omsorgslønn. Som oftest er det pårørende som mottar omsorgslønn og det vil sjelden foreligge behov for å dokumentere denne type hjelp, sammenlignet med tradisjonelle helse- og omsorgstjenester som ytes av helsepersonell eller annet personell ansatt i kommunen. Departementet foreslo derfor ingen særskilt journalføringsplikt for personer som mottar omsorgslønn.

Departementet vurderte videre om det var behov for å begrense journalføringsplikten for personell som yter personlig assistanse. De ulike tjenestene som kan inngå i begrepet personlig assistanse vil ofte gli over i hverandre. For eksempel vil vask av gulv og matlaging for mange grupper også inneholde elementer av opplæring og bistand til å mestre dette selv. En begrensning av journalføringsplikten for enkelte tjenester etter lovforslaget ble derfor vurdert som vanskelig å praktisere. Departementet kom på denne bakgrunn til at personellens journalføringsplikt burde gjelde all tjenesteyting eller hjelp etter lovforslaget. Helsepersonellovens formål og krav til journalens innhold ville imidlertid avgrense hvilke opplysninger som skal journalføres. Departementet viste i den forbindelse til den begrensningen som følger av lov og forskrift om at det kun er opplysninger som er «relevante og nødvendige» som skal journalføres.

Reglene i helsepersonelloven § 41 om plikt til å gi pasienter innsyn i journal, § 42 om retting av journal, § 43 om sletting av journalopplysninger og § 44 om journal på feil person, korresponderer med pasientrettighetslovens kapittel 5 om rett til innsyn i journal. I tillegg gir bestemmelsene selvstendige plikter for personellet uavhengig av tjenestemottakerens rettigheter. Pliktene skulle derfor gjelde alt personell som yter tjenester etter lovforslaget.

I helsepersonelloven § 45 er det gitt regler om overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger. Reglene skulle ifølge høringsnotatet gjelde alt personell som yter tjenester etter lovforslaget når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp og annen hjelp etter lovforsla-

get på en forsvarlig måte. Tjenestemottakeren kan motsette seg at opplysningene i journalen gis til andre som yter tjenester etter loven.

10.7.3 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser gir sin generelle tilslutning til prinsippet om at helsepersonelloven skal gjeldende for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester etter ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Dette innebærer også en støtte til forslaget om at helsepersonellovens bestemmelser om dokumentasjonsplikt og journalføringsplikt skal gjelde for personellet. Flere høringsinstanser har samtidig gitt uttrykk for at støtten til forslaget er gitt med noen reservasjoner. Om dette heter det blant annet i høringsuttalelsen fra *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud*:

«Vi støtter forslaget om at helsepersonellovens regler om dokumentasjonsplikt også innføres for dem som yter tjenester etter helse- og omsorgsloven som ikke er helsetjenester. Vi støtter det foreslåtte unntaket for mottakere av omsorgslønn. Man bør likevel være oppmerksom på at forslaget vil medføre reelle endringer for enkelte grupper tjenesteytere. Vi sikter særlig til støttekontakter, brukerstyrte personlige assistenter og private avlastere som i dag ikke journalfører sin virksomhet. Vi oppfatter det slik at departementet ønsker å konkretisere innholdet i dokumentasjonsplikten for de ulike grupper tjenesteytere i form av en veileder eller et rundskriv, jf. høringsnotatets henvisning til veileder IS-1040. Dersom forslaget blir vedtatt slik det nå er utformet, mener vi at det er naturlig at dokumentasjonsplikten til de nevnte gruppene, med en generell henvisning til gjeldende regler i helsepersonelloven og journalforskriften, blir drøftet nærmere der.

Noen instanser, deriblant *Rådet for funksjonshemmede i Oslo* og *Norges Handikapforbund* har vært svært kritisk til forslaget. Norges Handikapforbund uttaler blant annet:

«NHF mener at det er viktig å sikre journalkvaliteten i sosiale tjenester, men vi er svært kritisk til en registrerings- og journalplikt som krenker den enkeltes privatliv og personvern. IPLOS sitter igjen som en uverdig erfaring. Et kjernepunkt er spørsmålet om hvilke opplysninger det er relevant og nødvendig å registrere. NHF er meget kritisk til bruk av standardiserte registreringer som ikke skiller mellom

helse- og sosiale tjenester. NHF har eksempler på personer som ikke mottar helsehjelp, men som likevel registreres på en krenkende og uverdigg måte fordi de mottar praktisk bistand av helsepersonell. En journalplikt må bygge på meget strenge krav til samtykke, kvalitet og type opplysninger som skal journalføres. Det forutsettes at brukeren har rett til fullt innsyn og mulighet til reservasjon og sletting av opplysninger.»

Datatilsynet har i sitt hørings svar stilt seg positiv til en differensiering av dokumentasjonsplikten avhengig av hvilket personell som skal ha dokumentasjonsplikt og hvilke opplysninger som skal være journalpliktige. *Datatilsynet* uttaler:

«Utvidelsen av dokumentasjonsplikten er potensielt sett meget omfattende. Etter lovforslaget vil imidlertid dokumentasjonsplikten avgrenses mot enkelte personellgrupper, og mot typer av tjenester. Omsorg som ytes i barnebolig eller i aldershjem skal ikke være dokumentasjonspliktig, og begrunnelsen for dette er at formålet i disse institusjonene primært ikke er helsehjelp. I tillegg skal de alminnelige reguleringsreguleringene av journalføring være gjeldende også ved utvidelsen av dokumentasjonsplikten.

Datatilsynet er positivt til differensieringen av hvilket personell som skal ha dokumentasjonsplikt, og av hvilke opplysninger som skal være journalpliktige. Etter dagens regelverk må det vurderes konkret om det er hensiktsmessig og formålstjenlig å pålegge personell som yter tradisjonelle hjemmehjelpstjenester dokumentasjonsplikt, og *Datatilsynet* støtter at slike vurderinger også skal gjøres etter de foreslåtte endringene.»

Et stort antall høringsinstanser, deriblant *Kompetansesenteret for IT i helsevesenet (KITH)* og *Helsedirektoratet*, har uttrykt skepsis til at forslaget innebærer at dokumentasjonsplikten i utgangspunktet skal gjelde alt personell. I uttalelsen fra *KITH* heter det:

«Felles dokumentasjon av helsehjelp og andre former for tjenester vil etter vår mening medføre store utfordringer ikke minst når det gjelder informasjonssikkerhet og personvern. Som kjent har en alt betydelige utfordringer når det gjelder styring av tilgang til opplysninger i elektronisk pasientjournal. Det bør være rimelig klart at dersom store nye grupper av arbeidstakere uten helsefaglig bakgrunn skal benytte de

samme elektroniske pasientjournalene, vil problemene bli forsterket. Det godtgjøres heller ikke i høringsnotatet at annet personell enn helsepersonell har et tjenestelig behov for opplysninger i pasientjournalen, og vi ser det som prinsipielt betenkelig at det gjennom dette forslaget bestemmes at nye store grupper av personell må tildeles en autorisasjon (med tilhørende brukernavn og passord) som gir tilgang til pasientjournaler. Vi anbefaler derfor sterkt at skillet mellom dokumentasjon av helsehjelp og dokumentasjon av andre former for tjenester, opprettholdes.»

Helsedirektoratet begrunner sin skepsis slik:

«Direktoratet savner en vurdering av den inn gripen en dokumentasjonsplikt som den foreslåtte får for enkeltbrukere og deres familiers privatliv, sett i forhold til behovet for dokumentasjon av disse tjenestene. De senere årene har det skjedd en økning i bruken av personlige assistenter. Det finnes eksempler på lokale løsninger hvor unge brukere med fysiske funksjonshemminger har venner og nære bekjente som personlige assistenter som er et alternativ til opphold i institusjon. Dette er en ønsket utvikling og det kan være en fare for at innføring av en dokumentasjonsplikt vil bidra til en profesjonalisering av tjenesten som ikke tjener den enkelte bruker.»

Flere instanser har også vært skeptiske til at det i høringsdokumentet ikke er konkretisert hvilke opplysninger som skal registreres. Helsedirektoratet uttrykker dette slik:

«I forbindelse med forslaget viser departementet til begrensningen som ligger i at det kun er «relevante og nødvendige» opplysninger som skal journalføres. Høringsnotatet gir ingen føringer i innholdet i vurderingen av hvilke opplysninger som i denne sammenheng vil anses som relevante og nødvendige og som derfor skal dokumenteres. Tjenesteyterne vil i disse tilfellene ofte være private, og utøvende personell vil i stor grad være ufaglærte og studenter med lite relevant arbeidserfaring. Behovet for opplæring og veiledning vil derfor være stort. Uten slik opplæring vil det være fare for at det blir dokumentert mye unødvendig og lite relevant informasjon om brukere og deres familiers hverdagsliv. Etter direktoratets vurdering bør det ikke innføres en plikt som kun vil gjelde unntaksvis og oppleves som svært

inngrepene i de enkelte brukeres og deres familiers privatliv, uten at dette vurderes bredere og at begrunnelsen for slik dokumentasjon beskrives tydeligere.»

Hof kommune har i sin høringsuttalelse foreslått at det i forslaget til ny lov § 2-1 bør bestemmes fritak fra journalføringsplikten etter helsepersonelloven for «de tjenester som ikke anses som helsehjelp». Forslaget begrunnes slik:

«Det å la helsepersonellovens krav til journalføring også gjelde alle utøvere av det som før gikk under begrepet sosialtjenester, vil medføre større administrative og økonomiske konsekvenser enn det som vurderes i høringsutkastet. Dette vil kreve tilgang til journalssystemer for skriftlig å nedtegne de tjenester som ytes, noe som for store grupper tjenesteytere har vært dokumentert på enklere og mindre regelstyrt måte. Dette vil medføre økte omkostninger i opplæring og veiledning, i å ordne praktiske og forsvarlige tilgangsmuligheter til journal, og i økt tidsbruk i tjenesteutøvelsen. Disse konsekvensene under vurderes i høringsutkastet. Vi viser her til de konkrete erfaringene ved innføringen av kapittel 4 A i pasientrettighetsloven der bare det å innføre endringer i dokumentasjonsplikten for helsepersonell medførte, og medfører fremdeles, betydelige omkostninger.»

Flere høringsinstanser støtter forslaget om at dokumentasjonsplikten ikke bør omfatte mottakere av omsorgslønn. Det vises her blant annet til høringsuttalelsene fra *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud* og *Eigersund kommune*.

Departementet har særskilt bedt høringsinstansenes uttale seg om behovet for konkretisering av kravet til dokumentasjon innen helse- og omsorgstjenesten. Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud mener det vil være behov for konkretisering i form av veiledere, rundskriv og endringer i journalforskriften. Datatilsynet uttrykker også at det er behov for slik konkretisering:

«Departementet har stilt spørsmål vedrørende behovet for konkretisering av kravet til dokumentasjon innen helse- og omsorgstjenesten. Datatilsynet støtter et slikt forslag på det sterkeste, og legger til grunn at sentrale retningslinjer vil være nødvendige for å sikre at journalens innhold bli hensiktsmessig og formålstjenlig. Ved å pålegge personell nye plikter til dokumentering, følger behov for nødvendig opplæring. En konkretisering av plikten vil

medføre større likhet i praksis, og etter tilsynets oppfatning en mindre fare for at det blir registrert feilaktige, for mange eller for få opplysninger i journal.»

10.7.4 Departementets vurderinger og forslag

På bakgrunn av de synspunkter som er kommet frem i høringsuttalelsene, mener departementet at det er behov for at det i regelverket differensieres mellom hvilket personell som skal ha dokumentasjonsplikt, og mellom hvilke opplysninger som skal være journalpliktige. I vurderingen er det særlig sett hen til at behovet for dokumentasjon vil kunne variere betraktelig mellom de ulike tjenestene som vil omfattes av lovforslaget. Det er også sett hen til at det personell som tidligere ikke har hatt dokumentasjonsplikt i regelverket bør få nærmere veiledning i hvilke opplysninger som skal omfattes av dokumentasjonsplikten.

Departementet viser til forslaget til ny lov § 2-1 andre punktum, hvor det fremgår at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av bestemmelsen, herunder om at enkelte bestemmelser i helsepersonelloven ikke skal gjelde for personell som yter bestemte tjenester etter loven. Se nærmere omtale i punkt 10.3.4. I forbindelse med et slikt forskriftsarbeid vil det være mulig å ta stilling til de ulike problemstillinger høringsinstansene har brakt frem og som høringsinstansene mener bør være nærmere avklart i regelverket. Det vil også være mulig å gjøre unntak eller særskilte tilpasninger for personell som ikke er helsepersonell. Det vil for eksempel kunne gis nærmere bestemmelser om personellets dokumentasjonsplikt, herunder hvilke opplysninger som skal anses som nødvendige opplysninger.

10.8 Anvendelsen av andre deler av helsepersonelloven

10.8.1 Krav til organisering av virksomhet

Etter helsepersonelloven § 16 skal virksomhet som yter helsehjelp organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde plikter de er pålagt i lov. Plikten er foreslått videreført i lovforslaget § 4-1. Etter helsepersonelloven § 16 skal personellet, uavhengig av arbeidssted og organisasjonsform, først og fremst ta faglige hensyn når det yter tjenester etter loven. Kravet til organisering av virksomhet vil etter lovforslaget gjelde for all tjenesteyting etter loven. I spesialisthelsetje-

nesteloven § 2-2 er tilsvarende prinsipp lovfestet for spesialisthelsetjenesten.

Etter helsepersonelloven § 16 andre ledd kan departementet fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll. Internkontroll er omtalt nærmere i proposisjonens kapittel 21. I høringsnotatet vurderte departementet at helsepersonelloven § 16 andre ledd var å anse for overflødig sett i sammenheng med andre bestemmelser om internkontroll, og bestemmelsen ble derfor foreslått opphevet.

Etter en fornyet vurdering har departementet kommet til at bestemmelsen ikke bør oppheves, men at den bør endres av hensyn til å kunne gi forskrift som regulerer prosedyrer for administrering av legemidler for enkelte helsepersonellgrupper uten rekvireringsrett. I blant annet ambulanser og på sykehjem administrerer ulike helsepersonellgrupper legemidler til pasienter. Legemidlene er rekvirert til lager av lege eller andre med rekvireringsrett etter helsepersonelloven § 11. Håndtering av legemidler av andre enn leger, i ambulanse og andre lignende situasjoner, har tidligere til dels vært knyttet til at helsepersonellet gjør dette som leges medhjelpere. Tilknytningen til rekvirerende lege kan imidlertid i den enkelte situasjon være fjern både i tid og rom.

Der det er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp til pasientene, er det behov for at virksomheten kan organiseres slik at for eksempel istandgjøring og utdeling av legemidler kan skje i henhold til på forhånd fastsatte helsefaglige prosedyrer. Slike prosedyrer vil kunne erstatte en individuell ordineringsrett til enkeltpasienter gjort av rekvirerende lege. Det er derfor ønskelig at kompetent helsepersonell skal kunne administrere legemidler til behandling ut fra nødvendig kompetanse og opplæring i særskilte situasjoner hvor det ikke er praktisk mulig at lege ordinerer til den enkelte pasient.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at helsepersonelloven § 16 andre ledd bestemmer at departementet i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om utdeling av legemidler på grunnlag av ordineringsrett gjennom virksomhetens helsefaglige prosedyrer.

10.8.2 Meldeplikt

Reglene i kapittel 7 gjelder helsepersonell med særskilte kvalifikasjoner (lege, jordmor og helsepersonell med autorisasjon eller lisens) og vil derfor ikke gjelde personell som i dag kun yter hjelp etter sosialtjenesteloven.

10.8.3 Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

I helsepersonelloven kapittel 4, 9 og 10 er det gitt bestemmelser om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Lovendringen innebærer en tydeliggjøring og utvidelse av autorisert helsepersonells ansvar og plikter til også å omfatte tjenesteytelse etter lovforslaget som ikke faller inn under definisjonen helsehjelp.

Flere av de gruppene som i dag omfattes av autorisasjonsordningen i helsepersonelloven, for eksempel vernepleiere og omsorgsarbeidere, arbeider også innen kommunenes sosialtjeneste. Lovendringen vil ikke i seg selv medføre at nye grupper personell omfattes av autorisasjonsordningen. Departementet har i forbindelse med dette lovarbeidet ikke vurdert hvorvidt nye personellgrupper bør omfattes av helsepersonellovens autorisasjonsordning, eventuelt om det bør utarbeides en egen personellov for helse- og omsorgspersonell. Departementet har i forbindelse med høringen mottatt synspunkter fra høringsinstanser, herunder *Fellesorganisasjonen (FO)*, som mener at flere yrkesgrupper bør underlegges en autorisasjonsordning. Departementet har ikke innenfor de rammer som er satt for dette lovarbeidet kunnet gå nærmere inn i avveininger rundt dette spørsmålet.

10.8.4 Reaksjoner ved brudd m.v. på lovens bestemmelser

Tap av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett er kun aktuelt for autorisert personell. Som nevnt tidligere i kapitlet vil lovendringen i seg selv ikke medføre at nye grupper personell vil bli omfattet av autorisasjonsordningen. Alminnelige reaksjoner, som advarsel etter § 56, kan gis alt helsepersonell. Det er denne siste reaksjonen som vil ha betydning for det personell som per i dag ikke er omfattet av helsepersonelloven og som etter endringen vil være det. I 2006 og 2007 ble det gitt henholdsvis 72 og 77 advarsler til helsepersonell. Kun én advarsel hvert år gjaldt uautorisert helsepersonell. I 2008 ble det gitt 70 advarsler, hvorav seks advarsler til uautorisert personell. I 2009 ble 89 advarsler gitt, hvorav fire til uautorisert personell.

På denne bakgrunn uttalte departementet i høringsnotatet at lovforslaget ikke antas å få stor betydning på dette punktet.

Fylkesmannen i Nordland og Helsetilsynet i Nordland har i sitt hørings svar gitt uttrykk for at bestemmelsen om at helsepersonelloven skal

gjelde for personell som yter omsorgstjenester, vil få større ressursmessige konsekvenser for Helse-tilsynet i fylket/Fylkesmannen enn hva departementet har lagt til grunn. I begrunnelsen vises det til at selv om det er få personer som ilegges en administrativ reaksjon, er antallet hendelsesbaserte tilsynssaker mer enn det tidobbelte.

Departementet mener at forslaget ikke vil innebære dramatiske endringer i tilsynsmyndighetens sakstilfang, men at det er en viss usikkerhet knyttet til spørsmålet om forslaget vil medføre behov for økte ressurser til tilsynsmyndigheten i fremtiden. Dersom det senere skulle vise seg at forslaget likevel utløser et større ressursbehov til tilsynsmyndigheten enn forventet, vil dette måtte håndteres gjennom de vanlige budsjettprosesser.

10.8.5 Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd (HPN) er klageorgan for vedtak om autorisasjon og vedtak knyttet

til administrative reaksjonsformer som, advarsel, tilbakekall, suspensjon og begrensnings av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Av de nevnte reaksjonsformene, er det kun advarsel som kan gis personell som ikke er autorisert helsepersonell. Dette innebærer at HPN som følge av foreslåtte lovendringer vil få utvidet sitt virkeområde noe ved at også personell som i dag er omfattet av sosialtjenesteloven kan bli gitt advarsel etter helsepersonelloven § 56. Som oftest gis advarsel for uforsvarlig yrkesutøvelse. I 2005, 2006 og 2007 behandlet nemnda hvert år 15 klagesaker om advarsel, hvorav 12 saker gjaldt leger. I 2008 ble 8 advarsler behandlet i HPN, hvorav 6 gjaldt leger. I 2009 ble 18 advarsler behandlet i HPN, hvorav 15 gjaldt leger. På bakgrunn av dette er det grunn til å anta at reglene i helsepersonelloven kapittel 12 vil få svært begrenset faktisk anvendelse overfor det nye personellet som vil omfattes etter forslaget.

11 Forholdet til forvaltningsloven

11.1 Innledning

Hovedregelen i norsk rett er at tildeling av rettigheter fra det offentlige til private skal følge reglene i forvaltningsloven og skje i form av enkeltvedtak. I kommunehelsetjenesteloven er det imidlertid slått fast at forvaltningsloven som hovedregel ikke gjelder for avgjørelser om rett til helsehjelp. Tilsvarende er det i pasientrettighetsloven bestemt at forvaltningsloven ikke gjelder for vedtak som treffes om rett til helsehjelp og transport. Etter sosialtjenesteloven gjelder det motsatte utgangspunktet. Her er hovedregelen at forvaltningsloven gjelder. Nedenfor blir det først redegjort nærmere for hva disse forskjellige reglene innebærer og for hva som ble foreslått i NOU 2004:18. Deretter blir prosedyrer og praksis ved tildeling av hjelp gjennomgått, før forslaget i høringsnotatet og høringsinstansenes syn på forslaget i høringsnotatet blir oppsummert. Departementets vurderinger og forslag blir redegjort for i punkt 11.7.

11.2 Gjeldende rett

11.2.1 Forvaltningsloven

Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i forvaltningssaker og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med den offentlige forvaltning. Unntak fra forvaltningsloven må derfor ha en begrunnelse. Lovens kapittel II-III gjelder i utgangspunktet for all virksomhet som drives av forvaltningsorganer. Som forvaltningsorgan regnes et hvert organ for stat eller kommune, jf. forvaltningsloven § 1. Forvaltningsloven kapittel IV-VI gjelder bare for avgjørelser som regnes som enkeltvedtak. Kapittel II har regler om inhabilitet, og kapittel III inneholder alminnelige regler om saksbehandlingen, blant annet regler om veiledningsplikt, saksbehandlingstid og taushetsplikt. Kapittel IV har regler om saksforberedelse; utrednings- og informasjonsplikt, innsyn mv., mens kapittel V har regler om selve vedtaket, blant annet krav til skriftlighet og begrunnelse. Klage og omgjøring er regulert i

kapittel VI, og forskrifter er regulert i kapittel VII.

Enkeltvedtak og forskrifter er undergrupper av vedtak. Vedtak er i forvaltningsloven definert som en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet, og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter), jf. § 2 første ledd bokstav a. Enkeltvedtak er vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b, mens forskrift er definert som et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til et ubestemt antall eller en ubestemt krets av personer, jf. § 2 første ledd bokstav c.

11.2.2 Sosialtjenesteloven

I sosialtjenesteloven § 8-1 første ledd er det bestemt at forvaltningsloven gjelder med de særreglene som er fastsatt i sosialtjenesteloven. I andre ledd er det presisert at tildeling av sosiale tjenester skal regnes som enkeltvedtak. De sosiale tjenestene er nærmere regulert i sosialtjenesteloven § 4-2, se punkt 13.3. Før sosialtjenesteloven ble vedtatt, hadde det vært en del uklarhet om enkelte av de avgjørelsene som sosialtjenesten fattet, skulle regnes som enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Etter den presiseringen som er tatt inn i loven, skal alle avgjørelser om tildeling av sosiale tjenester regnes som enkeltvedtak, uansett om det er tvilsomt om avgjørelsen kan regnes som enkeltvedtak etter definisjonen i forvaltningsloven. Dette betyr at de alminnelige reglene i forvaltningsloven kapittel II og III må følges i tillegg til reglene om enkeltvedtak i kapittel IV-VII. Av forarbeidene til sosialtjenesteloven (Ot. prp. nr. 29, 1990-91) fremgår det at departementet la vekt på økt rettssikkerhet for den enkelte søker da det ble foreslått at forvaltningsloven skulle gjelde. Departementet viste til at siktemålene med forvaltningslovens bestemmelser er å skape åpenhet i forhold til parten og gi parten mulighet til innsyn i grunnlaget for avgjørelsen og det skjønnet som er utvist. Departementets vurdering var at forde-

lene som oppnås ved å anvende forvaltningsloven, langt på vei oppveier de administrative ulempene som for eksempel krav til skriftlighet innebærer.

Unntak fra forvaltningsloven fremgår av sosialtjenesteloven § 8-1 andre ledd. Her er det bestemt at hvis flere samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, skal de ikke regnes som parter i samme sak, og en søker som mener seg forbigått, kan ikke klage over at en annen har fått ytelsen. Begrunnelsen for unntaket er at opplysninger om den enkelte søkers personlige forhold som regel er av en slik karakter at de bør være beskyttet mot innsyn fra andre parter i sterkere grad enn det som følger av forvaltningsloven, jf. reglene om partenes adgang til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter i forvaltningsloven §§ 18 til 19.

For å unngå tolkningsstil er det i sosialtjenesteloven § 8-2 bestemt at «for klientsaker» gjelder forvaltningsloven for private institusjoner eller boliger med heldøgns omsorgstjenester som er tatt inn i kommunens plan.

Sosialtjenesteloven har også særregler om Fylkesmannens kompetanse i klagesaker, taushetsplikt og opplysningsplikt. Dette er behandlet nærmere i kapittel 34 og punkt 10.6.

11.2.3 Kommunehelsetjenesteloven

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd gjelder ikke forvaltningsloven for «vedtak etter paragrafen her». Paragrafen regulerer rett til helsehjelp, slik at unntaket fra forvaltningsloven gjelder avgjørelser om rett til helsehjelp. Som begrunnelse for unntaket ble det i Ot.prp. nr. 66 (1981-82) anført:

«Tredje ledd slår fast at forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak som treffes etter § 2-1. Vedtak om å gi eller nekte legehjelp etter § 2-1 vil trolig være enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Det kan være tvilsomt i hvilken grad forvaltningslovens regler passer på de vedtak det her gjelder, og man har valgt uttrykkelig å ta inn i bestemmelsen at forvaltningsloven ikke kommer til anvendelse.»

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 fjerde ledd skal forvaltningsloven likevel gjelde for vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Denne bestemmelsen ble vedtatt samtidig med sosialtjenesteloven i 1991 for å oppnå bedre samordning av saksbehandlingsreglene i disse to lovene. I tillegg ble det i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 femte ledd tatt

inn de samme særreglene som gjelder etter sosialtjenesteloven § 8-1 andre ledd.

11.2.4 Pasientrettighetsloven

I pasientrettighetsloven § 2-7 er det bestemt at forvaltningsloven ikke gjelder for vedtak som treffes etter kapittel 2. Dette kapitlet regulerer rett til helsehjelp og transport. Bestemmelsen ble vedtatt i 2003, etter at sosialkomiteen hadde fremmet forslag om at forvaltningsloven ikke skal gjelde for slike avgjørelser. Begrunnelsen fra sosialkomiteen var at saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven først og fremst er beregnet på tradisjonell forvaltningsvirksomhet, og at helselovgivningen har særlige regler som er bedre tilpasset den kliniske situasjonen, og som sikrer at pasientens interesser blir ivaretatt i forhold til blant annet informasjon, medvirkning og rett til å klage. I tillegg ble det vist til at saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven kan føre til feil bruk av ressurser og unødig byråkratisering som ikke er til beste for pasienten, jf. Innst. O. nr. 23 (2003-2004). I Ot.prp. nr. 12 (1998-99) *Om lov om pasientrettigheter* fremgår det at de formelle rettighetene skal sikre at også saksbehandlingen i helsetjenesten er forsvarlig.

11.2.5 Spesialisthelsetjenesteloven

Forholdet til forvaltningsloven er ikke særskilt regulert i spesialisthelsetjenesteloven, bortsett fra § 6-1, som gjelder taushetsplikt. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 regulerer informasjonsplikt for helseinstitusjoner som omfattes av denne loven. Det er presisert at disse helseinstitusjonene har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten kan ivareta sine rettigheter, jf. pasientrettighetsloven §§ 2-1 – 2-5, og at de har plikt til å gi slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter pasientrettighetsloven § 3-2 siste ledd.

11.2.6 Helseforetaksloven

I helseforetaksloven § 5 er det presisert at forvaltningsloven gjelder for foretakenes virksomhet. Det er gjort unntak for personalsaker, slik at bare forvaltningsloven kapittel II og III kommer til anvendelse på slike saker. I forarbeidene til denne loven er det uttalt at forvaltningsloven som utgangspunkt ikke gjelder for virksomhet som er organisert som eget rettssubjekt, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Det er også vist til at helseforetakene, og særlig de regionale helseforetakene, i en

del sammenhenger vil utøve offentlig myndighet, selv om de tas ut av forvaltningen og gjøres til selvstendige rettssubjekter. Departementet mente derfor at forvaltningsloven som hovedregel bør gjelde for deres virksomhet. Det ble også anført i proposisjonen at det kan være noe uklart om forvaltningsloven kommer til anvendelse for foretakene uten at dette presiseres.

11.3 Forslag i NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*

Berntutvalget viste i NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* til at det i et harmoniseringsperspektiv er uheldig at saksbehandlingsreglene for i hovedsak likeartede tjenester i den kommunale sosial- og helsetjenesten er så uensartede. Det ble også anført at like saksbehandlingsregler er spesielt viktig i forhold til de vanskelighetene publikum opplever når det gjelder ivaretagelse av rettigheter, og at det er tungvint for kommunene å holde saksbehandlingsreglene fra hverandre hvis saken gjelder ulike sider ved ett og samme tjenestemottakerforhold.

Utvalget mente at forvaltningsrettslige prinsipper og forvaltningslovens regler skal komme til anvendelse ved alle tildelingsbeslutninger i den kommunale sosial- og helsetjenesten, med de særregler som er innarbeidet for tildelingsbeslutninger i en konkurransesituasjon. Utvalget presiserte at de mer vidtgående saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven kapittel IV-VI bare gjelder for avgjørelser som anses som enkeltvedtak, i praksis tildelingsbeslutninger, og at disse reglene ikke gjelder for diagnostiske vurderinger og faktiske handlinger. Utvalget mente at det særlig er behov for at forvaltningsrettslige prinsipper legges til grunn ved tildelingsbeslutninger der det trengs samordnet hjelp og helsehjelp over tid, men at behovet også kan gjelde tilfeller der det må foretas en rasjonering av visse typer helsetilbud ut fra ressursmessige grunner. Det ble presisert at den store delen av helsetjenester som knytter seg til rene fastlegekonsultasjoner (i overkant av 11 millioner) stort sett gjennomføres uten at det er nødvendig med formell saksbehandling fra kommunens side eller samarbeid med andre tjenester, og at utvalget ikke ønsket å gjøre noen endring i dette.

Utvalget foreslo en presisering i loven om at vedtak om tildeling av tjeneste som hovedregel skal regnes som enkeltvedtak etter forvaltningsloven kapittel IV – VI. Utvalgets vurdering var at ettersom tildeling av helsetjenester er fordeling av

offentlige midler, bør også reglene om inhabilitet og forvaltningslovens alminnelige saksbehandlingsregler (kapittel II og III) følges så langt det er mulig ved spørsmål om tildeling, endring, bortfall eller avslag på søknad om tjenester.

11.4 Prosedyrer og praksis ved tildeling av hjelp

11.4.1 Sosiale tjenester

Etter sosialtjenesteloven § 8-1 skal forvaltningsloven som hovedregel gjelde, og tildeling av sosiale tjenester skal regnes som enkeltvedtak, jf. punkt 11.2.2. Dette betyr at en avgjørelse om tildeling av sosiale tjenester må være skriftlig hvis ikke dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet, jf. forvaltningsloven § 23. Videre skal forvaltningsorganet som hovedregel gi en begrunnelse samtidig med at enkeltvedtaket treffes og sørge for at partene underrettes om vedtaket så snart som mulig. Underretningen skal opplyse om klageadgang, klagefrist, klageinstans m.m., jf. forvaltningsloven §§ 24, 25 og 27.

Saksbehandlingsreglene som gjelder for sosiale tjenester, er basert på at det fremmes en søknad, eller at en person henvender seg til sosialtjenesten. En søknad kan settes frem både skriftlig og muntlig. Sosialtjenesten må imidlertid sortere ut hva som er søknader og hva som er mer generelle henvendelser som kan besvares uten at det skal fattes enkeltvedtak. Etter sosialtjenesteloven § 4-1 skal sosialtjenesten gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Slik hjelp skal ikke gis i form av enkeltvedtak.

Helsedirektoratet utga i 2007 heftet *Anbefalinger til saksbehandlingsprosessen for tjenester – Lov om sosiale tjenester § 4-2* (IS-1382). Som påpekt i dette heftet, vil saksbehandlingsens omfang avhenge av søknadens/sakens karakter, og variasjonene vil nødvendigvis være store. Hovedelementene og prinsippene for saksbehandlingen er imidlertid de samme i alle de sakene der sosialtjenesten skal fatte enkeltvedtak etter sosialtjenesteloven. Søknaden skal klargjøres, det skal samles inn opplysninger, og disse skal vurderes i forhold til lover og retningslinjer. Til slutt skal det fattes et vedtak som skal følges opp med det nødvendige etterarbeidet.

11.4.2 Kommunehelsetjenester

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 fjerde ledd skal forvaltningsloven gjelde for vedtak om hjem-

mesykepleie og vedtak om tildeling og bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorgs og pleie. Dette betyr at de samme saksbehandlingsreglene som gjelder ved tildeling av sosiale tjenester, skal følges i slike saker. Hovedregelen etter kommunehelsetjenesteloven er imidlertid at forvaltningsloven ikke skal gjelde for vedtak om helsehjelp. Dette betyr at særreglene i helselovgivningen gjelder for avgjørelser som ikke dreier seg om hjemmesykepleie eller sykehjemsplass.

Kommunale helsetjenester (unntatt hjemmesykepleie og sykehjemsplass) ytes som regel uten at det er fremmet en formell søknad. Tjenestene ytes ofte ved personlig henvendelse og direkte kontakt mellom det enkelte helsepersonell og den enkelte pasient. Helsepersonellet foretar forskjellige faktiske handlinger, diagnostiske vurderinger og kliniske beslutninger. Vurderingen av hva slags hjelp som skal gis, vil bero på et helsefaglig skjønn. En stor del av den kommunale helsehjelpen gis av private tjenesteytere som har avtale med kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven kapittel 4, som regulerer privat virksomhet som del av helsetjenesten i kommunen.

Etter helsepersonelloven § 4 skal helsepersonellet innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand eller *henvise* pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Hvis pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Henvisninger kan skje til videre utredning eller behandling både i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

11.4.3 Spesialisthelsetjenester

Etter helseforetaksloven § 5 skal forvaltningsloven gjelde for foretakenes virksomhet. Bortsett fra personalsaker er det i helseforetaksloven ikke gjort unntak fra forvaltningsloven, slik at utgangspunktet er at både de alminnelige reglene og særreglene om enkeltvedtak gjelder for helseforetakenes virksomhet, jf. ovenfor i punkt 11.2.6. Unntaket i pasientrettighetsloven § 2-7 kommer imidlertid til anvendelse for avgjørelser som gjelder rettigheter etter pasientrettighetsloven kapittel 2. Dette betyr at forvaltningsloven ikke skal gjelde for avgjørelser som helseforetakene treffer om rett til helsehjelp og transport. Andre avgjørelser som regnes som enkeltvedtak etter forvaltningsloven, må imidlertid følge reglene i forvaltningsloven. Dette gjelder administrative saker som for eksempel tildeling av avtalehjemmel for drift av privat spesialistpraksis etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-2. Et annet eksempel er vedtak om

dekning av utgifter til syketransport, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 og forskrift 4. juli 2008 nr. 788 om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse og behandling (syketransportforskriften).

11.5 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet en bestemmelse i den nye loven § 2-3 som presiserte at forvaltningsloven skulle gjelde for kommunens virksomhet, med unntak for vedtak om hjelp etter § 3-2. Dette innebar at virksomhet som ikke gjaldt avgjørelser om rett til kommunale helse- og omsorgstjenester, skulle følge reglene i forvaltningsloven, både kapitlene om enkeltvedtak og de andre kapitlene. Forslaget innebar en harmonisering med reglene i helseforetaksloven § 5, der det fremgår at forvaltningsloven som hovedregel skal gjelde for foretakenes virksomhet.

Saksbehandlingsreglene ved tildeling av hjelp ble foreslått regulert i pasientrettighetsloven. Departementet foreslo at regelen i pasientrettighetsloven § 2-7 første ledd endres, slik at forvaltningsloven kapittel IV og V ikke skulle gjelde for vedtak som treffes etter pasientrettighetsloven kapittel 2. Dette innebar at de øvrige reglene i forvaltningsloven skulle gjelde for enkeltvedtak. Forslaget gjaldt både for kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenesten og innebar en utvidelse av forvaltningslovens anvendelse ved at unntaket fra forvaltningsloven bare skulle gjelde lovens kapittel IV og V om enkeltvedtak, og ikke hele loven slik som i dag.

Som nytt andre ledd i pasientrettighetsloven § 2-7 foreslo departementet en regel avgrenset til å gjelde vedtak om hjelp etter den nye loven § 3-2. Ifølge dette forslaget skulle forvaltningsloven gjelde for vedtak som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker.

Departementet foreslo også videreføring av unntak som i dag gjelder etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven om forholdet til konkurrerende søkere hvis flere samtidig søker om tjenester det er knapphet på, jf. punkt 11.2.2 og 11.2.3. Dette ble foreslått regulert i pasientrettighetsloven § 2-7 tredje ledd.

11.6 Høringsinstansenes syn

11.6.1 Generelt

De fleste uttalelsene fra høringsinstansene gjelder spørsmålet om når reglene om enkeltvedtak

skal gjelde. Et flertall av de som har uttalt seg, er kritiske til forslaget i høringsnotatet og mener det er uklart og mangelfullt begrunnet. Et mindretall støtter forslaget og mener det vil bidra til mer fleksible ordninger som kan ivareta akutte behov.

Svært få har kommentert forslaget om en egen bestemmelse i den nye loven som presiserer at forvaltningsloven som hovedregel skal gjelde for kommunens virksomhet. Høringsinstansene har ikke vurdert forslaget til nytt første ledd i pasientrettighetsloven § 2-7 opp mot dagens regel.

11.6.2 Forslag om når reglene i forvaltningsloven om enkeltvedtak skal gjelde

Det er delte oppfatninger blant høringsinstansene om når reglene i forvaltningsloven om enkeltvedtak skal gjelde. De fleste som uttaler seg om forslaget er kritiske, mens et mindretall støtter det. Flere stiller seg spørrende eller gir uttrykk for usikkerhet.

Landets pasient- og brukerombud er kritiske. Pasient- og brukerombudet i Troms har avgitt uttalelse på vegne av *pasient- og brukerombudene i Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland, Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark, Vestfold, Buskerud, Akershus, Østfold og Hedmark/Oppland og helse- og sosialombudet i Oslo*. Disse uttaler:

«Forslaget innebærer at kommunens plikt til å treffe enkeltvedtak skal begrenses til visse tjenester, og tjenestene må være av en viss varighet. Dette vil endre tjenestemottakerens rettsikkerhetsmessige stilling i en klart negativ retning.

Departementet har fremholdt at man med forslaget ønsker å forenkle saksbehandlingen. Etter vår oppfatning er det fare for at løsningen vil bli unødvendig kompliserende i forhold til kommunens saksbehandling. Vurderingen av – om et hjelpebehov er kort- eller langvarig vil avhenge av en rekke individuelle og variable forhold, for eksempel utviklingen av en tilstand eller et sykdomsforløp, eller pasientens/brukerens behov og livssituasjon. Videre er høringsnotatet i beste fall uklart når det gjelder avgrensningen av hvilke tjenester som skal underlegges plikt til å treffe enkelvedtak. Dette vil få konsekvenser både for saksbehandlingen og rettsikkerheten. Forslaget kan dessuten danne grunnlag for at det utvikles et økt fokus

på tjenesteform og varighet i forhold til ressurshensyn.

Når det gjelder forslaget om en «toukersregel» som grense for vedtaksplikt, inneholder forslaget få holdepunkter som kan benyttes i den konkrete og individuelle vurderingen som vi forutsetter fortsatt skal legges til grunn ved tildeling av tjenester. (...)

Vi kan ikke se at det kan settes et klart skille mellom personer som mottar tjenester mer uregelmessig over et lengre tidsrom, og dem som mottar uavbrutte tjenester. Et slikt skille kan under enhver omstendighet ikke trekkes så presist at det kan danne grunnlag for et slikt rettsikkerhetsmessig skisma som departementet foreslår. (...)

I lys av lovforslaget vil personlig assistanse i form av støttekontakt, eller avlastningstiltak som ikke gis i hjemmet eller i institusjon, være tjenester som faller utenfor vedtaksplikten. Dette må være utilsiktet, og vi kan ikke se det annerledes enn at departementet må presisere at det skal fattes enkeltvedtak ved tildeling av fremtidige støttekontakttjenester og avlastningstiltak, uavhengig av avlastningsform. (...)

Departementet har videre vist til at klageadgangen vil ivareta pasientenes og brukernes rettsikkerhet. For oss er det tvilsomt om klageretten kan ivaretas uten at man kjenner begrunnelsen for hvorfor en tjeneste er tildelt eller ikke. Samtidig kan det ikke utelukkes at mangelfull saksbehandling, uten skriftlig begrunnelse, vil kunne føre til en unødvendig økning i klagesaksmengden. Med dagens forslag vil bakgrunnen for enkelte av de beslutningene som kommunen treffer, først komme frem i en klagesaksbehandling.»

Brukerorganisasjonene er også kritiske til forslaget. *Norges Blindforbund og Rådet for funksjonshemmede i Tromsø* uttaler:

«Forvaltningslovens regler sikrer at den som skal fatte vedtaket gjør en grundig overveielse. Dessuten er det viktig for den det gjelder for å forstå hvorfor man har fått avslag og dermed også en forutsetning for å utforme en klage.

Forslaget nå er at avgjørelsene om du skal få hjelp eller ikke og veien fram til denne avgjørelsen, skal nedbyråkratiseres. Baksiden av medaljen er at rettsikkerheten svekkes.

Det foreslås at forvaltningslovens kapittel 4 og 5 ikke skal gjelde. Det vil blant annet si at vedtaket om helse- og omsorgstjenester ikke trenger å være skriftlig, og at det ikke stilles

krav til begrunnelse og krav til begrunnelsens innhold.»

Kreftforeningen uttaler:

«Når det gjelder forholdet til forvaltningsloven, er Kreftforeningen uenig i de foreslåtte endringene i pasientrettighetsloven § 2-7 og § 7-6. Et unntak fra forvaltningslovens regler om enkeltvedtak mv. for søknader om omsorgstjenester medfører at kommunens saksbehandling blir uforutsigbar og vanskeliggjør etterprøving. Vi ser at unntaket ikke skal gjelde for bestemte tjenester på over to uker, men mener at en slik nyansering kan få uheldige konsekvenser. For eksempel vil en slik sontring kunne føre til at tjenester ikke utmåles for mer enn to uker.»

Blant Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene er det også kritikk mot forslaget i høringsnotatet. *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Sogn og Fjordane* uttaler:

«Vi meiner forvaltningslova sine reglar om enkeltvedtak bør gjelde i alle saker der det er tale kommunale helse- og omsorgstjenester som varer i meir enn eitt døgn. Det vert i slike saker teke ei avgjerd, arbeidet vert stort sett det same med dagens teknologi og it-løysingar, og ein sikrar at tenestene vert meir samanhengande og ikkje gitt i 14-dagarsbolkar. Forvaltningslova § 24 andre ledd opnar for at eit forvaltningsorgan ved innvilging av søknad i første instans, der det ikkje er grunn til å tru at nokon part vil vere misfornøgd med vedtaket, kan late vere å gje samtidig grunngeving. Bruk av denne regelen vil vere tilstrekkeleg med omsyn til å spare førsteinstansen for unødig tidsbruk i slike saker. Dersom brukaren ikkje får tenestene, vil reglane i forvaltningslova §§ 24 – 27 sikre samtidig skriftleg grunngeving og informasjon om klagerett.

Vi meiner lov om pasientrettar § 2-7 også bør endrast slik at forvaltningslova vert gjort gjeldande for vedtak etter lov om pasientrettar § 2-6 (pasientreiser). Vi kan ikkje sjå nokon grunn til å gjere unntak frå forvaltningslova ved førsteinstanshandsaming av denne type saker.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Telemark har avgitt felles uttalelse og anfører:

«Fylkesmannen mener at forvaltningslovens regler i kap. 4 og 5 også bør komme til anven-

delse for tjenestene som er angitt i den nye loven § 3-2 nr. 6 c) «personlig assistanse», og d) «avlastningstiltak». Hvis ikke disse tjenestene omfattes, vil det medføre en svekkelse av pasientenes/brukernes rettigheter i forhold til gjeldende rett. Avlastningstiltak blir ofte gitt utenfor institusjon, i private avlasterhjem, og vil således komme utenfor de tjenestene som forslaget omfatter. »

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland uttaler:

«Vi er samde i at føresegnene i forvaltningslova skal gjelde ved tildeling av heimetenester og plass i institusjon, men deler ikkje departementets syn på at dette berre skal gjelde ved tildeling av tenester som varer meir enn to veker. Lovutkastet opnar for ein praksis vi meiner vil være særst uheldig. Det kan medføre at tenestene innrettar verksemda og tildeler tenester for mindre enn to veker kvar gong og utan at dette er grunngeve i pasientane sine behov. I mange tilfelle vil det ved første gongs tildeling vere usikkert kor lenge vedkomande vil ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Om framlegget til § 2-7 blir oppretthalde, bør det gå tydeleg fram at forvaltningslova kap IV og V gjeld dersom noko talar for at behovet for tenester vil strekkje seg over meir enn to veker. Det bør også gå tydeleg fram at personar som får tildelt tenester for inntil to veker, skal informerast om dette, om retten til å klage og om klageinstans. Føremålet med ordninga må kome tydeleg fram slik at vi i størst mogleg grad unngår utilsikta tilpassingar som svekkjer rettstryggleiken til pasientane.»

Universitetet i Tromsø uttaler:

«Departementet har lagt avgjørende vekt på at reglene i forvaltningslovens kapittel IV og V ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er langt mer mangfoldig enn det som kan betegnes som klinisk virksomhet. Det er ikke gitt noen relevant begrunnelse for hvorfor vedtak om sosiale tjenester som avlastning, personlig assistanse og omsorgslønn foreslås unntatt.

Riktignok foreslås at forvaltningslovens kapittel IV og V skal gjelde ved vedtak om tjenester i hjemmet og plass i institusjon på mer enn to uker. Grensen på to uker er i notatet begrunnet med at det er behov for fleksible og smidige ordninger ved akutte og kortvarige

behov (s. 105). Vi kan ikke se at forvaltningslovens krav til saksforberedelse, skriftlig vedtak og begrunnelse ikke passer i slike saker. Disse kravene er også her av stor betydning for partenes rettssikkerhet. Eksempler på saker om kortvarige tjenester kan være søknad om hjelp hjemme ved avvikling av tiltrengt ferie for omsorgspersoner, ekstra avlastning ved sykdom eller reisefravær eller korttidsopphold på sykehjem. Tidsfaktoren og hvor mye en sak haster, påvirker hvilke krav som stilles etter forvaltningslovens § 17, til grundighet ved utredningen. Mange korttidsytelser søkes det dessuten om i god tid, slik at hastemomentet ikke er til stede.

Forslaget etterlater videre tvil om forvaltningslovens kapittel IV og V er ment å gjelde for ytelser av kort varighet, men med en viss regularitet, for eksempel avlastning annenhver helg.»

Oslo kommune uttaler:

«Beslutninger om rett til helsehjelp etter pasientrettighetsloven skjer som hovedregel innenfor et aktivitetsbasert finansieringssystem, og pasientrettighetslovens saksbehandlingssystem ivaretar ikke i samme grad den totaløkonomiske vurdering som kommunen må gjøre. Det handler bl.a. om likeverdige tjenester, likhet i rett til tjenester, og det å sikre at kommunen også anvender sine ressurser på en samfunnsøkonomisk forsvarlig måte. Kommunen har plikt til å sikre at tildelingen både er nødvendig og rettferdig. Dette ivaretas i dag best gjennom det regelverk som forvaltningsloven gir, og gjennom det system som er etablert for hvem som kan fatte vedtak, hvem som kan binde kommunens ressurser.

Oslo kommune vil ikke gå imot forslag om at det nå skal kunne tildeles hjelp i hjemmet eller plass i institusjon opp til to uker uten at det fattes enkeltvedtak. Oslo kommune har imidlertid vanskelig for å se at forslaget er tilstrekkelig begrunnet til at man kan slutte seg til det. Spesielt gjelder det at departementet har valgt å sette grensen ved tildeling av tjenester for mer enn to uker.(...)

Oslo kommune ser forslaget i sammenheng med den nye kommunerollen, med overtagelse av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Det er særskilt behovet for smidighet og raske avgjørelser som kan begrunne en slik endring. Der som det fra departementets side vurderes som ønskelig at et større antall vedtak skal kunne fat-

tes etter pasientrettighetslovens saksbehandlingsregler, må det avklares nærmere både hvilke tjenester regelverket skal omfatte, hvem som skal gis myndighet til å fatte beslutninger, og ikke minst hvordan det skal finansieres.

Det vil være problematisk å innføre pasientrettighetslovens saksbehandlingssystem for alle vedtak som tildeler rettigheter opp til to uker innenfor et rammefinansieringssystem. Oslo kommune forutsetter i så fall at det innføres tilpassede finansieringsformer. Kommunens virksomhet på helse- og omsorgsområdet er i all hovedsak rammefinansiert. En eventuell aktivitetsbasert finansiering knyttet til beslutninger om rett til hjelp etter pasientrettighetslovens saksbehandlingssystem vil redusere de problematiske sidene ved forslaget.»

Flere høringsinstanser stiller seg spørrende til hvordan forslaget skal forstås eller gir uttrykk for usikkerhet om hvilke avgjørelser som bør unntas fra forvaltningslovens regler om enkeltvedtak.

Kommunene Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal uttaler:

«Kommunene i Lister stiller seg spørrende til at det i forbindelse med det fremlagte forslaget til ny lov foreslås endringer i pasientrettighetsloven § 2-7 (...). Slik vi tolker dette så skal ikke reglene i fvl. Kapittel IV og V gjelde ved tjenester i hjemmet og plass i institusjon under to uker. Svært mye av kommunenes tjenester har varighet under to uker. Som eksempler på dette kan nevnes rullerende avlastningsopphold i institusjon, korttidsopphold i institusjon og ikke minst hjemmetjenester til feriegjester fra andre kommuner.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold uttaler:

«Det kan sikkert være greit at enkel, akutt og kortvarig hjemmesykepleie e.l. unntas fra vedtaksplikt. Fylkesmannen stiller seg imidlertid undrende til at dette skal gjelde alle tjenester knyttet til § 3-2 pkt. 6. Gjentakende rulleringsopphold av inntil 2 ukers varighet f.eks vil det ikke være hensiktsmessig å unnta fra vedtaksplikt.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag uttaler:

«Fylkesmannen i Sør-Trøndelag er enig i at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak ikke

skal gjelde alle tjenester etter den nye loven. Imidlertid vil den foreslåtte grensen skape mange uavklarte grensespørsmål som må avklares i forarbeidene eller i forskrift.

Det er uklart hva som menes med «tjenester i hjemmet». Vil f. eks oppfølging fra psykisk helsevern eller fysioterapitjenesten med hjemmebesøk være omfattet av dette? Etter vår vurdering bør slike tjenester ikke omfattes av kravet til enkeltvedtak. Et annet spørsmål er om tildeling av fast dagopphold på sykehjemmet er «plass i institusjon for et tidsrom på over to uker»?

Etter vår vurdering vil det nye forslaget kunne innebære at det ikke er krav til enkeltvedtak ved tjenester som avlastning i et privat hjem, fast dag- eller nattopphold i institusjon, rullerende avlastning/korttidsopphold i institusjon (eks: to uker på institusjon og to uker hjemme), tildeling av støttekontakt/fritidstilbud. Det må etter vår vurdering nærmere vurderes og avklares om tildeling av slike tjenester skal være omfattet av kravet til enkeltvedtak.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nordland uttaler:

«For oss fremstår de rettssikkerhetsmessige konsekvensene av grensedragningen på to uker for anvendelse av forvaltningsloven kap. IV og V som uklare. Hva med de tiltakene som varer inntil to uker, og hva med de søknadene som ikke angir en periode, eller som blir avslått? Mange omsorgstjenester gis for inntil to uker av gangen, slik som avlastning. Risikoen for at det vil vurderes bare to uker av gangen for å omgå bruken av enkeltvedtak er absolutt til stede.»

Flere høringsinstanser foreslår presiseringer eller endringer i lovteksten eller forarbeidene.

Norsk helse- og velferdsforum (NHV) uttaler:

«NHV foreslår at det presiseres i lovutkastet at avgjørelser på tjenester opp til to uker omfatter pasienter/brukere der det er overveiende sannsynlig at tjenesten ikke strekker seg utover dette tidsrommet eller at slike korttidsytelser ikke kan ytes flere ganger sammenhengende for å unngå å fatte vedtak. Det forutsettes også at en slik endring ikke vanskeliggjør kommunens registrering av disse tjenestene i IPLOS.»

Bergen kommune uttaler:

«Tjenester i hjemmet og plass i institusjon» forutsettes å ikke utelukke avlastning, brukerstyrt personlig assistanse og omsorgslønn – det må være uomtvistelig at forvaltningsloven kapittel IV og V må gjelde også ved vedtak om slike tjenester i over 14 dager, slik at det skal fattes enkeltvedtak om dette. Dette kommer ikke tydelig fram i lovteksten, og det bør rettes opp».

Helsedirektoratet uttaler:

«Dagens regelverk vil ikke være til hinder for en akuttinnleggelse i kommunal institusjon, for eksempel fra legevakt, og at vedtak eventuelt fattes i ettertid. Det er opp til kommunene å bestemme myndighet og prosedyrer for inntak og utskrivning av kommunale institusjoner. Helsedirektoratet er derfor usikre på om de foreslåtte endringene er nødvendige og hensiktsmessige.

Direktoratet mener det er nødvendig at forholdet til forvaltningsloven klargjøres nærmere i lovproposisjonen. Særlig bør det gå frem av lov eller forarbeid at det ikke skal være mulig å omgå to-ukersgrensen ved at det gjøres flere korttidsvedtak etter hverandre.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nord-Trøndelag uttaler:

«I forhold spørsmål om høringsinstansens syn på at forvaltningslovens regler skal gjelde ved tildeling av hjelp som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over 2 uker, mener FMNT at dette er et fornuftig forslag som gir smidige regler for bruk i akutt situasjoner. Av rettssikkerhetsmessige hensyn ber FMNT likevel departementet om å vurdere forvaltningslovens anvendelse ved tildeling av enkelte kortvarige helse- og sosialtjenester som for eksempel avlastning.»

Statens helsetilsyn, flere av kommunene og enkelte andre instanser støtter forslaget i høringsnotatet, men foreslår enkelte presiseringer/nye vurderinger.

Statens helsetilsyn uttaler:

«Det er viktig for å ivareta retten til et forsvarlig tjenestetilbud at det klart kommer fram hvilke tjenester som skal ytes, i hvilket

omfang og tidspunktet for iverksettelse. Vi støtter derfor forslaget om at forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak gjelder for tjenester i hjemmet og institusjon. Dette samsvarer med gjeldene rett. I vårt arbeid som tilsynsorgan er vi kjent med at søkere får tildelt tjenester som ikke iverksettes. Når dette blir klart for brukeren, er ofte klagefristen gått ut. Vi vil derfor foreslå at det settes inn et ledd i bestemmelsen om at det i vedtaket skal komme klart fram når hjelpen skal iverksettes. Derved kan brukeren/pasienten få overprøvd forsvarligheten i vedtaket når det gjelder iverksetting av tjenesten. På den måten bidrar vedtaket også til at bruker/pasient selv, ved å bruke klageretten, kan bidra til at tjenestene ytes til rett tid.

Alternativt må det tydeliggjøres i merkna- den at vedtak om tildeling av tjenester skal iverksettes straks med mindre annet følger av vedtaket. Tidspunkt for iverksettelsen må også være omfattet av den materielle overprøvingen som er lagt til klageorganet – altså lovlighets- skjønnet. Dette bør komme fram av merkna- dene til loven.

Den nye bestemmelsen om at det bare er tildeling av tjenester som varer mer enn to uker som skal følge forvaltningslovens regler om enkeltvedtak, kan føre til en systematisk innret- ning av at tjenesten ikke utmåles for mer enn to uker. På den måten forvitrer klageretten, og forutsigbarheten reduseres for brukere og pasienter og skaper utrygghet på grunnleg- gende områder. Vi foreslår at det presiseres i lovutkastet § 2-7 annet ledd at avgjørelser på tjenester opp til to uker omfatter pasienter/ brukere der det er overveiende sannsynlig at tjenesten ikke strekker seg utover dette tids- rommet.»

Eigersund kommune uttaler:

«Vedr. forvaltningslovens kap IV og V og departementets anbefaling om ikke å komme til anvendelse ved tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven, vil det være tid- krevende, omfattende og ressurskrevende dersom enkeltvedtak skal omfattes etter dette lovverket. Det vil være mange ulike tolknings- vurderinger på tildeling eller avslag dersom forvaltningslovens regelverk skal gjelde her. Forvaltningslovens kap IV og V om enkelved- tak ved tildeling av tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker støttes».

Fredrikstad kommune uttaler:

«Kommunen er fornøyd med at forvaltnings- loven ikke skal gjelde for vedtak om tjenester i hjemmet eller plass i institusjon for et tids- rom på inntil 2 uker (burde det vært 3 uker?). Vi håper at det er tatt høyde for at det per i dag krever en registrering av bruker i IPLOS for at brukeren skal synes i systemet og at kom- munen skal få penger for arbeidet. Finan- sieringsordningen må beholdes. Håpet er at dette kan gjøres med mindre papirarbeid enn i dag for de brukere som faller inn under ny ordning.»

Helse- og omsorgslederne i kommunene i Gjøvik- regionen – Søndre Land, Nordre Land, Vestre Toten, Østre Toten og Gjøvik uttaler:

«Vi mener det er positivt med fokus på redu- sert byråkratisering når det gjelder saksbe- handlingen i kommunen. Denne endringen må også ses i sammenheng med kommune- nes ansvar for plasser til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. For disse tjenestene bør ikke for- valtningslovens regler om enkeltvedtak gjelde. Det vil der være snakk om kortvarige opphold som naturlig ikke skal vare lengre enn dager før vedkommende overføres til annen tjeneste i kommunen. Det er viktig å tidfeste opphold i institusjon med tanke på kommunenes ansvar for å planlegge, og iverk- sette tjenester etter et institusjonsopphold. Dette er en tidkrevende prosess som krever samhandling fra flere faggrupper internt i kommunene. Vi mener imidlertid at en frist på to uker er i overkant uten at det blir gjort et formelt enkeltvedtak etter forvaltningslovens bestemmelser.»

Midt-Troms regionråd (samarbeid mellom kom- munene Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sør- reisa, Torsken og Tranøy) uttaler:

«Midt-Troms regionråd støtter derfor departe- mentets forslag om:

å gjøre forvaltningslovens regler gjeldende for den nye helse- og omsorgsloven, med de unntak som er foreslått i loven, herunder at reglene om enkeltvedtak bare skal komme til anvendelse på vedtak om langvarige (over to uker) hjemmetjenester og plass i institusjon. Det forutsettes her at en slik endring ikke vans- keliggjør kommunens registrering av disse tjenestene i IPLOS.»

Departementet har også mottatt uttalelse om at nåværende praktisering av vedtak etter forvaltningsloven ikke er hensiktsmessig.

Norsk Psykiatrisk forening (Npf) uttaler:

«Npf kan ikke se at den nåværende praktisering av vedtak etter forvaltningsloven er hensiktsmessig for brukeren og for samarbeid mellom ulike etater. Det er en helt unødvendig byråkratisering og burde ikke være nødvendig hvis intensjonene i den nye loven skal oppfylles. Det virker oftest mot sin hensikt at hjemmesykepleie, ulike hjelpetiltak i hjemmet og tildeling av omsorgsbolig skal tildeles ved «vedtak». Forvaltningsloven fører svært ofte til forsinkelse av tjenester. Npf er uenig i departementets vurdering av at tildeling av hjelp i hjemmet ikke skjer i klinisk virksomhet. For de fleste mennesker med psykiske lidelser skjer en slik tjeneste nettopp i klinisk virksomhet og er ledd i en rehabiliteringsplan. Grad av hjelp og tjenesteform skjer i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det samme mener Npf gjelder tildeling av omsorgsbolig, som også skjer i klinisk virksomhet. Høringsnotatet bærer preg av tjeneste til eldre mennesker i behov av varig omsorg og ikke mennesker med psykisk lidelse i aktiv rehabilitering for et mer selvstendig liv.»

11.7 Departementets vurderinger og forslag

11.7.1 Innledning

Det er viktig at tildeling av helse- og omsorgstjenester skjer på en måte som sikrer rettferdighet og riktig fordeling, og at den enkeltes rettssikkerhet blir ivaretatt. Samtidig er det viktig at tjenestene ikke blir «overbyråkratisert», og at det ikke blir brukt unødvendig tid på skriftlighet og vedtaksprosedyrer. Fremstillingen ovenfor viser at sosialtjenesteloven og helselovgivningen har motsatte utgangspunkt når det gjelder spørsmålet om forvaltningsloven skal gjelde. Det kan være ulike grunner til å gjøre unntak fra forvaltningsloven. Samtidig taler hensynet til et oversiktlig regelverk for et mest mulig likt eller harmonisert regelverk ved tildeling av tjenester, særlig når tjenestene er hjemlet i samme lov. Et enhetlig regelverk kan bedre rettssikkerheten for den enkelte ved at det blir enklere å forutberegne sin rettsstilling og ha oversikt over hvilke regler som gjelder.

Unntakene fra forvaltningsloven i kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven er særlig begrunnet med at helselovgivningen har særlige regler som er bedre tilpasset den kliniske situasjonen, og som sikrer at pasientenes interesser blir ivaretatt i forhold til blant annet informasjon, medvirkning og rett til å klage. Ved utarbeidelse av ny felles lov for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det grunn til å vurdere nærmere hvilke saksbehandlingsregler som bør gjelde ved tildeling av hjelp og annen virksomhet. Sentrale vurderingstema blir om forvaltningsloven passer for virksomheten, og hvilken løsning som vil være den beste for pasientene og andre brukere, personellet og kommunen.

11.7.2 Enkelte utviklingstrekk

Et av de spørsmålene som reiser seg, er om utviklingen i den kommunale helse- og omsorgssektoren de siste årene tilsier at det bør gjøres endringer når det gjelder forholdet til forvaltningsloven. Utviklingen har vært preget av økt satsing på hjemmebaserte tjenester, samtidig som andelen yngre brukergrupper har økt. Dette har medført behov for et mer differensiert tjenestetilbud både i og utenfor hjemmet og i institusjon.

De kommunene som særlig har satset på utbygging av hjemmebaserte tjenester, har valgt å benytte en større andel av sengeplassene på sykehjemmene til korttidsplasser, ofte i form av rene avlastningstilbud, eller som rehabiliterings- og opptreningstilbud. Mange sykehjem har i dag flere avdelinger (langtidsavdeling, korttidsavdeling, palliativ enhet, rehabiliteringsavdeling m.m.) tilrettelagt for særskilte behov. Dette er en utvikling som er i tråd med St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*, der betydningen av et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser ble understreket. I denne stortingsmeldingen ble det vist til at korttidsplasser kan benyttes ved blant annet medisinsk behandling ved akutt sykdom, utredning og observasjon, korttidspleie for kronisk syke, etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold og omsorg ved livets slutt.

Kommunene tilbyr i dag i betydelig grad hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjonsopphold. En mindre homogen brukergruppe har medført et mer differensiert tjenestetilbud i og utenfor hjemmet, der hjemmesykepleie er en av flere tjenester. For eksempel kan fysioterapitjenester bli tilbudt i en rehabiliteringssituasjon, og da kanskje som ledd i et større

sammensatt tilbud. Selv om forvaltningsloven i dag ikke gjelder ved tildeling av fysioterapitjenester, vil enkelte kommuner i praksis fatte et enkeltvedtak også for disse tjenestene fordi den øvrige delen av tjenestetilbudet tildeles ved enkeltvedtak.

11.7.3 Forvaltningsloven kapittel II og III

Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven er tilpasset tradisjonell forvaltningsvirksomhet, ikke avgjørelser som treffes av helsepersonell i operativ/klinisk virksomhet. Rettssikkerhetsgarantiene i helselovgivningen bygger på samme hensyn som forvaltningsloven skal ivareta, men er tilpasset helsetjenesten. Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven har imidlertid ikke saksbehandlingsregler som er spesielt tilpasset kommunens virksomhet.

Etter departementets vurdering er det grunn til å skille mellom reglene i forvaltningsloven som gjelder for all virksomhet som forvaltningsorganer driver (kapittel II og III), og reglene som bare gjelder for enkeltvedtak (kapittel IV-VI). Reglene om inhabilitet, veiledningsplikt, taushetsplikt mv. gjelder alle former for forvaltningsvirksomhet, ikke bare virksomhet som dreier seg om enkeltvedtak. Departementet mener at det nå bør vurderes nærmere om eventuelle unntak fra forvaltningsloven skal gjelde hele loven, eller om bare deler av forvaltningsloven skal unntas.

Forvaltningsloven kapittel II har regler om habilitet. Hovedprinsippet i forvaltningsloven er at en offentlig tjenestemann er inhabil når det foreligger særegne forhold som er «egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet», jf. § 6 andre ledd. Departementet legger til grunn at tilsvarende må gjelde i helsetjenesten. Helselovgivningen har ikke generelle regler om habilitet, men forsvarlighetskravet i helsepersonelloven kan tilsi at helsepersonell er inhabil til å treffe en avgjørelse. Etter helsepersonelloven § 15 skal helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, ikke utstede attest, erklæring o.l. I tillegg er hensynet til tillitsforholdet mellom pasienter og helsetjenesten/helsepersonell presisert både i formålsbestemmelsen til pasientrettighetsloven og i formålsbestemmelsen i helsepersonelloven. Når det gjelder kommunens virksomhet, kan det ulovfestede prinsippet om forsvarlig saksbehandling i forvaltningen tilsi at en person er inhabil.

Forvaltningsloven kapittel III inneholder alminnelige regler om saksbehandlingen. Disse reglene gjelder veiledningsplikt, saksbehand-

lingstid, foreløpig svar, muntlige konferanser og nedtegning av opplysninger, rett til å la seg bistå av fullmektig og taushetsplikt. I tillegg har dette kapitlet regler om adgang for Kongen til å fastsette frister og gi regler om nemnder. Pasientrettighetsloven har regler om rett til medvirkning og informasjon i kapittel 3, jf. også regler om informasjon i pasientrettighetsloven §§ 2-1 tredje ledd og 2-2. Disse reglene går lenger enn retten til veiledning i forvaltningsloven § 11. I tillegg har helsepersonelloven regler om krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp og regler om at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Helsepersonelloven har også egne regler om taushetsplikt som er noe strengere enn reglene i forvaltningsloven.

Etter denne gjennomgangen fastholder departementet at det ikke er grunn til å unnta reglene i forvaltningsloven kapittel II og III når det gjelder kommunens virksomhet etter den nye loven. Høringsinstansene har ikke kommentert dette forslaget spesielt. Forslaget innebærer at forvaltningsloven får utvidet anvendelse. Unntaket som i dag gjelder etter pasientrettighetsloven § 2-7, gjelder hele forvaltningsloven.

Departementet opprettholder forslaget i høringsnotatet om at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens virksomhet, med de særreglene som følger av den nye loven, jf. lovforslaget § 2-2. I tillegg er det vist til pasient- og brukerrettighetsloven. Forslaget innebærer at forvaltningsloven vil gjelde i den grad den nye loven eller pasient- og brukerrettighetsloven ikke regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte. Departementet viser her til «lexspecialis-prinsippet», som går ut på at særlovgivning ved eventuell motstrid går foran generelle regler.

11.7.4 Avgjørelser om tildeling og avslag på hjelp – forvaltningsloven kapittel IV og V

Drøftelsen i dette punktet gjelder spørsmål om det bør gjøres unntak fra forvaltningsloven kapittel IV og V, som har regler som bare gjelder for enkeltvedtak. Disse kapitlene regulerer saksforberedelse ved enkeltvedtak, krav til skriftlighet, begrunnelse, underretning om vedtaket og vilkår for å reise sak for domstolene om vedtaket. Helselovgivningen skiller seg særlig fra forvaltningsloven når det gjelder reglene om forhåndsvarsel, begrunnelse, krav til skriftlighet og underretning

om vedtak. En viktig årsak til at disse kravene ikke er innført i helsesektoren, er at det ville medføre mye merarbeid og bli svært tidkrevende å begrunne alle innvilgelser og avslag på helsehjelp i et skriftlig vedtak.

Et sentralt spørsmål er hvilke konsekvenser det vil få for den enkelte pasient eller bruker og helsepersonellet hvis forvaltningslovens regler om enkeltvedtak skal gjelde ved tildeling og avslag på krav om hjelp. Etter alminnelig rettsoppfatning anses ikke konsultasjoner, diagnostisering, behandling og henvisninger som enkeltvedtak, men som faktiske, eventuelt prosessuelle handlinger. Dette betyr at reglene om enkeltvedtak uansett ikke gjelder for disse handlingene. Berntutvalget presiserte i NOU 2004:18 at den store delen av helsetjenester som knytter seg til fastlegekonsultasjoner, anslått til i overkant av 11 millioner, stort sett gjennomføres uten at det er nødvendig med formell saksbehandling fra kommunen, og at utvalget ikke ønsket å gjøre noen endring i dette. Departementet er enig i denne vurderingen, og foreslår at lovendringene ikke vil omfatte den overveiende delen av beslutninger som fattes i helsetjenesten.

Det kan hevdes at forvaltningsloven bør gjelde der tildelinger og avslag på tjenester skjer via et offentlig kontor og ikke direkte i møte mellom helsepersonell og den enkelte pasient eller bruker. Anvendelse av forvaltningsloven vil i så fall avhenge av hvordan kommunen velger å organisere tildeling av hjelp. Et eksempel er tildeling av fysioterapitjenester, som kan skje ved at fysioterapeuten innvilger et visst antall behandlingstimer direkte til pasienten, eller ved at kommunen innvilger hjelp via et tildelingskontor. Et administrativt kommunalt vedtak vil skille seg fra tildeling direkte fra det enkelte helsepersonell ved at også kommunens økonomi, prioritering og eventuelt andre måter å tildele nødvendig hjelp på, kan trekkes inn i vurderingen. I tillegg blir administrative vedtak gjerne fattet etter forutgående søknad fra pasient eller bruker, og gjerne etter at det er foretatt nærmere medisinske og sosialfaglige vurderinger i tillegg til eventuelle hjemmebesøk. Ved tildeling av hjelp direkte fra det enkelte helsepersonell vil det avgjørende være helsepersonellens helsefaglige vurderinger av pasientens eller brukers behov.

Det vil bli lagt ulike hensyn til grunn ved tildeling av tjenester i en tilnærmet øyeblikkelig hjelp situasjon og i tilfeller der kommunen mottar en søknad og har bedre tid til å foreta en mer omfattende vurdering av behovet sett opp mot alternative måter å gi et forsvarlig tjenestetilbud på. Det

kan derfor være mest hensiktsmessig både for kommunen, tjenesteyterne og pasientene og brukerne at forvaltningslovens anvendelse knyttes opp mot hvor akutt hjelpebehovet er, eller om behovet er kortvarig eller av mer varig karakter. Unntaket fra forvaltningsloven i helselovgivningen skyldes særlig hensynet til at helsetjenesten må kunne iversette et avgrenset behandlingstilbud så raskt som mulig. Ved tildeling av tjenester av mer langsiktig eller varig karakter må det stilles strengere krav til opplysninger i saken, både om brukerens behov og bruk av offentlige ressurser. Her har forvaltningsloven saksbehandlingsregler som skal sikre en forsvarlig offentlig myndighetsutøvelse.

Etter en helhetsvurdering fastholder departementet forslaget i høringsnotatet om at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V som utgangspunkt ikke bør gjelde ved tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven. Dette gjelder både for kommunale tjenester og for spesialisthelsetjenester. Departementet legger avgjørende vekt på at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten. Beslutninger om tildeling av helsehjelp vil ofte ikke være tidsmessig eller saklig atskilt fra helsepersonells øvrige virksomhet og vil i hovedsak ikke være slike avgjørelser som forvaltningsloven kapittel IV og V er ment å regulere. Dersom forvaltningslovens regler om enkeltvedtak som hovedregel skulle gjelde ved tildeling og avslag på helsehjelp, vil dette medføre tolkningsproblemer og avgrensningsspørsmål om hvilke beslutninger som skal anses om enkeltvedtak. Dessuten ville unntakene «overskygge» en hovedregel om at forvaltningsloven kapittel IV og V skal gjelde. Etter departementets vurdering er det mest hensiktsmessig at unntak fra reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V fremgår direkte i loven.

På bakgrunn av uttalelsene fra høringsinstansene, jf. punkt 11.6, opprettholdes ikke forslaget i høringsnotatet. Departementet er enig i at en avgrensning til tjenester i hjemmet og plass i institusjon er uklar og kan skape tolkningsproblemer. Departementet foreslår således at reglene om enkeltvedtak bør gjelde ved tildeling av tjenester etter den nye loven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, i tillegg til avgjørelser etter §§ 3-6 og 3-8. Tildeling av slike tjenester skjer som regel ikke i klinisk virksomhet, men via en egen enhet eller et tildelingskontor i kommunen. Forslaget innebærer at reglene om enkeltvedtak skal gjelde for tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon.

Departementet fastholder forslaget om unntak fra reglene om enkeltvedtak ved tildeling av tjenester som skal dekke akutte eller kortvarige behov. I slike tilfeller er det behov for å ha fleksible og smidige ordninger, og departementet mener at det er hensiktsmessig å sette en grense ved tildeling av tjenester som forventes å vare kortere enn to uker. Etter departementets vurdering er det tilstrekkelig at de øvrige reglene i forvaltningsloven, jf. også reglene i pasientrettighetsloven om rett til informasjon, medvirkning, klage mv., gjelder i disse tilfellene. Departementet ser at det kan være en risiko for at en slik regel kan virke som et insentiv til å innvilge ytelse for en kortere periode enn det andre hensyn tilsier, eventuelt innvilge hjelp over en periode på to uker, som blir avløst av en ny kort periode. Departementet vil derfor understreke at hensikten med forslaget er å dekke behovet for å ha smidige regler i akuttsituasjoner. Departementet foreslår at det presiseres i lovteksten at for vedtak om tjenester «som forventes å vare lenger enn to uker», skal forvaltningslovens regler om enkelt-

vedtak følges. Det skal ikke være mulig å omgå to-ukersgrensen ved å treffe flere korttidsvedtak etter hverandre. Dersom det er grunn til å tro at behovet for tjenester regulert i § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d og i §§ 3-6 og 3-8 vil gjelde for et tidsrom på over to uker, skal reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven følges. Tjenester som isolert sett er kortvarige hver gang de ytes, men som skal ytes regelmessig over et lengre tidsrom, omfattes ikke av to-ukers regelen. For slike tjenester skal det treffes vedtak. Dette vil for eksempel være aktuelt ved avlastning og støttekontakt.

11.7.5 Forvaltningslovens anvendelse ved klagebehandling

Regulering av klageordning blir behandlet i kapittel 34. Spørsmål om hvilke saksbehandlingsregler som bør gjelde under klagebehandlingen, både for underinstansen/den som har truffet den avgjørelsen det klages over og for klageinstansen, blir nærmere vurdert i punkt 34.7.

Del III
Kommunens ansvar og plikter

12 Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester

12.1 Innledning

Gjennom desentralisering og utvikling av lokalt ansvar har kommunene fått en viktig rolle i fordeling av helse- og omsorgstjenester. I tråd med dette har lovgivningen pålagt kommunene ansvar for et vidt spekter av helse- og omsorgstjenester.

I dette kapitlet vurderes hvordan kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester bør reguleres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I denne forbindelse er det relevant å skille mellom på den ene siden hvilke helse- og omsorgstjenester kommunene skal ha ansvar for å tilby befolkningen, og på den andre siden hvilke krav som skal stilles til kommunens planlegging og gjennomføring av dette ansvaret.

12.2 Gjeldende rett

12.2.1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd fremgår det at landets kommuner skal «sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen». Oppgaver som kommunehelsetjenesten skal omfatte og deltjenester som kommunen skal sørge for, fremgår av loven § 1-3 første ledd. Slike tjenester er blant annet legetjenester, legevaktordning, fysioterapitjeneste, sykepleie, jordmortjeneste og sykehjem. Etter sosialtjenesteloven § 10-1 skal kommunen ved sosialtjenesten «yte tjenester etter denne loven til alle som oppholder seg i kommunen». Slike tjenester er blant annet forebygging, boliger til vanskeligstilte, praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak ved omsorgsarbeid, støttekontakt og tiltak for rusmiddelavhengige. I kapittel 13 gis en nærmere omtale av hvilke tjenester kommunen har ansvar for å tilby.

Kommunens ansvar for nødvendige helsetjenester er i loven avgrenset mot det statlige ansvaret for spesialisthelsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Videre er ansvaret avgren-

set mot fylkekommunens ansvar, og da særlig i forhold til tannhelsetjenesten.

Utgangspunktet er at kommunen skal yte de tjenester som fremgår av kommunehelsetjenesteloven, og helseforetakene de tjenester som fremgår av spesialisthelsetjenesteloven. Det er likevel slik at lovene kun regulerer forholdet mellom de to tjenestenivåene på et mer overordnet nivå og at det i praksis ikke er mulig å definere et skarpt skille mellom dem. Det vil følgelig alltid eksistere «gråsoner» mellom de to tjenestenivåene. For nærmere omtale av dette, se kapittel 8.

12.2.2 Regulering av hvordan kommunen ivaretar ansvaret

Kommunen er ansvarlig for at tjenestene ytes, men kan velge mellom enten selv å utføre tjenestene eller å inngå avtaler med private, andre kommuner eller helseforetak. Uansett hvem som faktisk utfører tjenestene overfor befolkningen, har kommunen ansvaret for at disse planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med lovgivningen. I dette punktet redegjøres det for hvilken aktivitet lovgivningen krever for at kommunen skal ivareta sitt ansvar på en systematisk og forsvarlig måte.

Etter kommuneloven § 5 om kommunal og fylkeskommunal planlegging skal kommunen utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomhet (kommuneplan). Dette omfatter også helse- og omsorgstjenestene. Videre plikter kommunen å utarbeide en beredskapsplan for helse- og sosialtjenestene i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap, jf. sosialtjenesteloven § 3-6 og kommunehelsetjenesteloven § 1-5. Kommunene skal føre kontroll med egen virksomhet. Det overordnede kontrollansvaret er gjennom kommuneloven lagt til kommunestyret, jf. kommuneloven § 76.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 bestemmer at «enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planleg-

ges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter».

Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 1-3 skal kommunen «planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift». I forarbeidene til bestemmelsen, Ot.prp. nr. 13 (1998-1999), uttales det at kommunene har det overordnede ansvar for kvalitetssikringsarbeidet i de enkelte virksomheter, og for at helsetjenestetilbudet organiseres på en helhetlig måte. Bestemmelsen bygger videre på de forventningene til kommunene som er omtalt i forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven, jf. Ot. prp. nr. 36 (1980-1981) og Ot. prp. nr. 66 (1981-1982). Her uttales det at kommunene har et planleggings- og driftsansvar for å påse at den daglige drift av tjenestene skjer i samsvar med lover og forskrifter. Kommunene vil også ha et økonomisk ansvar for tjenestene og må derfor utarbeide og vedta budsjett for virksomhetene. Endelig vil kommunene ha et arbeidsgiveransvar for de ansatte i tjenesten.

Ifølge sosialtjenesteloven § 2-1 andre ledd skal kommunen føre internkontroll for å sikre at virksomhet og tjenester etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7 er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten.

Med hjemmel i disse bestemmelsene er det fastsatt forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Det fremgår av forskriften § 3 at det med internkontroll menes systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. Det nærmere innholdet i internkontrollen fremgår av forskriften § 4. Internkontroll angår virksomhetenes systemer for ledelse og styring. Det er et lederansvar, og omtales i enkelte sammenhenger som styringssystemer. Organiseringen av tjenestetilbudet kan variere. Kravet om å føre internkontroll omfatter imidlertid alle former for organisering, herunder kommunale, interkommunale og private tjenesteytere. Internkontrollkravet gjelder for så vel kommunens overordnede styring av helse- og sosialtjenesten, som for den enkelte deltjeneste.

12.2.3 Krav til samarbeid med andre offentlige instanser

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-4 fjerde ledd at «(K)ommunen skal samarbeide med

fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet». Ifølge forarbeidene til bestemmelsen anses et slikt samarbeid påkrevet for å kunne gi pasienter og befolkningen generelt best mulig helsetjeneste. Det er også nødvendig for at ressursene kan bli best mulig benyttet.

12.3 Forslag til regulering i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget foreslo i NOU 2004:18 å ta inn krav i den nye loven om at kommunen skal føre internkontroll for å sikre at virksomhet etter loven oppfyller tjenestemottakernes behov og er i overensstemmelse med lover, forskrifter og vedtak i medhold av lov. Blant høringsinstansene var det generell støtte til at det må gjelde et lovbestemt krav om internkontroll.

12.4 Forslag i høringsnotatet

Forslaget til lovregulering av kommunens overordnede ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester var en videreføring og presisering av gjeldende rett. Departementet foreslo at den overordnede ansvarsbestemmelsen i ny lov § 3-1 første ledd skulle forplikte kommunen til å «sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester». Dette skulle signalisere at kommunen i betydelig grad har anledning til selv å velge hvordan tjenestene organiseres. Kommunene skal fortsatt kunne velge om de ønsker å utføre de nødvendige tjenestene selv eller inngå avtale med andre tjenesteytere om dette. Departementet foreslo å tydeliggjøre dette i ny lov § 3-2 andre ledd.

Videre foreslo departementet å lovfeste i ny lov § 3-1 andre ledd at kommunens ansvar for å sørge for de aktuelle tjenestene skulle innebære en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold var i samsvar med krav i lov eller forskrift. Formålet var å tydeliggjøre de grunnleggende kravene til styring som blant annet følger av reglene om internkontroll. I tilknytning til dette ble det foreslått å videreføre hjemlene til å gi forskrifter om internkontroll.

Som en konsekvens av at kommunens ansvar i ny lov skulle gjelde mer enn bare helsetjenester, ble tilsynsloven § 3 første ledd om internkontroll,

planlegging etc. foreslått endret til å gjelde for enhver som yter «helse- og omsorgstjeneste».

For å oppnå en mest mulig lik reguleringsmodell for kommunene og de regionale helseforetakene, foreslo departementet å presisere i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, nytt andre ledd, at det regionale helseforetakets ansvar skulle innebære en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold var i samsvar med krav i lov eller forskrift.

Selv om det ble foreslått å innføre et lovpålagt avtalesystem mente departementet at det også ville være hensiktsmessig å tydeliggjøre kravet til helhetlige og integrerte tjenester slik at helsetjenesten best mulig kan virke som en enhet. Departementet foreslo derfor å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 1-4 fjerde ledd som pålegger kommunen plikt til å samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og staten.

12.5 Høringsinstansenes syn

Svært mange høringsinstanser uttaler seg om den overordnede ansvarsbestemmelsen i § 3-1 i høringsnotatet. Mange høringsinstanser er i utgangspunktet positive til innretningen på lovforslaget. Blant annet *Kommunal- og regionaldepartementet* uttaler:

«Kommunal- og regionaldepartementet er positive til at lovforslaget skal tydeliggjøre at kommunene skal ha et overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester («sørge-for-ansvar»), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på.

Vi vil samtidig understreke at det er viktig at kommunenes sørge-for-ansvar er tilstrekkelig klart. Som selvstendige rettssubjekter kan kommuner bare pålegges ansvar for oppgaver gjennom lov og forskrift, og ved utvidelse av den kommunale oppgaveporteføljen kreves det at kommunene fullt ut kompenseres økonomisk for det.»

Stavanger kommune:

«(...) støtter departementets forslag om å utforme kommunens plikter mer overordnet og profesjonsnøytralt. Samhandlingsreformens målsetting om dempet bruk av sykehus tjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten, med lik eller bedre

kvalitet og kostnadseffektivitet, nødvendiggjør etter Stavanger kommunes vurdering kommunal handlefrihet basert på lokale forhold.»

KS:

«KS er positiv til departementets intensjon med å tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester («sørge-for-ansvaret») uten at kommunene pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. KS er tilfreds med at det legges opp til større ansvar kombinert med større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet og tjenestene i samsvar med lokale forhold og behov. KS er også enig med departementets beskrivelse av at detaljert statlig styring kan være et hinder for lokal utvikling og tilpassning, dvs. reformens intensjon.»

Statens helsetilsyn:

«(...) støtter departementets forslag om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et «sørge-for ansvar» både fordi dette vil være tydelig og fordi det samsvarer med hvordan ansvaret er regulert for spesialisthelsetjenesten.»

Midt-Troms regionråd:

«Midt-Troms regionråd er enige i de vurderinger som departementet legger til grunn for sitt forslag om overgangen til et sørge-for-ansvar, herunder hensynet til demokratisk styring, lokal handlefrihet og fleksibilitet. Det er i dag innlysende at en lovbestemt, detaljert kommunal tjenestemeny på helse- og omsorgssiden, vanskelig kan være tilpasset virkeligheten i både en liten tusen-innbyggers kommune på Senja og en stor bykommune i det sentrale østlandsområdet. Prinsippet om at alle kommuner skal dekke de samme funksjoner, men at de kan velge å organisere/løse oppgavene på ulikt vis, er et godt utgangspunkt for en effektiv og behovstilpasset tjenesteproduksjon.»

Helse Sør-Øst RHF:

«Departementet legger i høringsnotatet opp til at kommunene skal ha et helhetlig ansvar for å «sørge for» helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere. Helse Sør-Øst er ubetinget enig i dette, også ut fra vårt ønske om at kommunene

skal være en god, sterk og likeverdig part i samhandlingen.»

Fylkesmannen i Oppland og Helsetilsynet i Oppland:

«(...) støtter departementets forslag om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som er «sørge-for-ansvar», både fordi dette vil være tydelig og fordi det samsvarer med hvordan ansvaret er regulert for spesialisthelsetjenesten.»

Norsk Pasientforening:

«(...) støtter forslaget om at loven må i større grad enn i dag, tydeliggjøre kommunens virksomhetsansvar for å tilby forsvarlige tjenester og her få til samme krav som for spesialisthelsetjenesten. Det vil måtte forplikte kommunene på en annen måte enn vi ser eksempler på i dag.»

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi):

«Difi slutter seg til forslaget om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et «sørge-for-ansvar», på linje med hvordan dette ansvaret er regulert for spesialisthelsetjenesten.»

Justis- og politidepartementet:

«(...) støtter intensjonen om å tydeliggjøre kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester (...). Lovforslaget oppfattes som en utvidelse av kommunens ansvar for et helhetlig rehabiliteringstilbud og en presisering av blant annet ansvaret for tjenester til rusmiddelavhengige og psykisk syke.»

Den norske jordmorforening:

« (...) støtter i prinsippet forslaget om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et «sørge-for-ansvar». Dette kan gjøre ansvaret tydelig og det samsvarer med regulering av ansvar for spesialisthelsetjenesten.»

Andre høringsinstanser er av den oppfatning av kommunens sørge-for-ansvar må utdypes og presiseres. Blant annet *Drammen kommune* uttaler:

«Lovforslaget beskriver ikke klart nok hva som ligger i kommunens «sørge for»-ansvar. Kommunens «sørge for»-ansvar må presiseres, for å unngå at helseforetakets disponeringer legger føringer for den enkelte kommune. Dette kan gjøres ved å beskrive de deler av pasientforløpet som kommunen har ansvar for, både når det gjelder øyeblikkelig hjelp og utskrivningsklare pasienter.»

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag:

«Sørge-for-ansvaret fra kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er i nåværende regelverk ulikt, men er nå forsøkt harmonisert med samme utgangspunkt som spesialisthelsetjenesteloven. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag støtter forslaget om å tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et «sørge-for-ansvar. Vi er imidlertid noe skeptisk til å bruke samme lovteknikk som for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten styres av HOD via RHF-ene og årlige oppdragsdokument. Kommunene styres via lovverk og rammefinansiering via statsbudsjettet. Kommunene burde ut i fra dette hatt en tydeligere og mer detaljert lovregulering enn spesialisthelsetjenesten.»

Helsedirektoratet:

«(...) støtter departementets forslag om å tydeliggjøre kommunens overordnede sørge-for ansvar for helse- og omsorgstjenester. (...)

Det foreslåtte sørge-for-ansvaret er ment å skulle tilsvare reguleringsformen som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten. En vesentlig forskjell mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er imidlertid at mens staten har gode styringsverktøy overfor spesialisthelsetjenesten (eierstyring), styres kommunehelsetjenesten i hovedsak ved lov og forskrift. Denne forskjellen er det ikke i tilstrekkelig grad tatt høyde for i lovforslaget, og direktoratet er usikre på om loven vil gi gode nok styringsmuligheter overfor kommunene.

På denne bakgrunn ber Helsedirektoratet departementet vurdere hvorvidt loven bør inneholde mer konkrete krav til kommunen. Alternativt må forskriftshjemlene gi nødvendige styringsmuligheter, herunder må det kunne foretas spesifisering av innhold, kvalitet og kompetanse.»

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Sogn og Fjordane:

«(...) støtter forslaget om at kommunene skal få eit sørgje for ansvar også i forhold til dei sosiale tenestene, men meiner at det føreliggende lovforslaget ikkje har dei grep som kan få denne lovtekniske metoden til å fungere i forhold til å sikre brukarar av tenesteapparatet eit likeverdig og godt tilbud. Ein ser i dag at dette sviktar, ikkje minst når det gjeld fysioterapitjenester.

Sørgje for ansvaret må tydeleggjerast gjennom nasjonale presiseringar i standardar og kvalitetskrav på kva som skal vere innhaldet i og omfanget av desse tenestene. Ansvarsomgrepet gir rom for ulike fortolkningar frå kommune til kommune. FFO meiner det er grunn til å frykte at slik mangel på presisering og tydeleggjering vil føre til store ulikskapar i tenestetilbodet i kommunane.»

Mental Helse:

«Loven gir svært mye ansvar til kommunene. Det er i utgangspunktet bra, siden det er der folk lever og bor. Vi er enig i at gode helsetjenester i nærheten av der folk bor er å anbefale. For de som lider av psykiske problemer, vil det gjøre at man kan være en del av sitt miljø, skole, vennekrets osv. under behandlingen. Dette er en viktig faktor med tanke på forbedring av helseproblemet. Vår skepsis er om kommunene er i stand til å innfri alle forpliktelser på en god måte, slik at dette blir vellykket for innbyggerne som trenger hjelp.»

Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE):

«Departementet foreslår at det inntas i loven at kommunene skal ha et «sørge for»-ansvar for helse- og sosialtjenestene. Dette pålegger kommunene ansvar for at tjenestene gjøres tilgjengelige for alle som har rett til å motta tjenester. Begrepet sier ingenting om innholdsdel i ansvaret eller hvilke tjenester som inngår i ansvaret. Lovforslaget vil derfor ikke tjenester ut over det som allerede fremgår av nåværende kommunehelsetjenestelov og pasientrettighetslov. LUPE mener derfor begrepet «sørge-for-ansvar» må presiseres og beskrives bedre.»

Norsk Epilepsiforbund:

«I forslaget til ny lov er det et fokus på at kommunen skal ha det overordnede «sørge-for» ansvaret når det gjelder helse- og omsorgstjenester. Det er fokus på at kommunene er selvstendige og at denne nye loven vil gi kommunene mer frihet. Det legges opp til at kommunene selv skal sørge for internkontroll.

Norsk Epilepsiforbund ser med bekymring på denne økte selvstendigheten til kommunene. NEF er bekymret for at dette forslaget vil føre til enda større forskjeller mellom kommunene, og gjøre at mange kommuner bare så vidt følger minstekravene.»

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon Sør-Trøndelag:

«Kommunene får med samhandlingsreformen et større ansvar enn i dag for helse- og omsorgstjenester. Det nye lovverket åpner for en stor grad av lokalt selvstyre knyttet til utvikling og organisering av tjenestene. Lovverket pålegger kommunene å sørge for et tilbud til innbyggerne, men sier i liten grad hvor godt tilbudet skal være. Lovverket sier at tjenesten skal være forsvarlig, men uten å stille krav om hva som er et forsvarlig tilbud. FFO Sør-Trøndelag finner det vanskelig å gi uforbeholden støtte til lovforslaget all den tid forslaget ikke følges av mer tydelige retningslinjer for fortolkning av regelverket.»

En del høringsinstanser uttaler seg om departementets forslag om å tydeliggjøre de grunnleggende kravene til styring som blant annet følger av reglene om internkontroll. Blant annet uttaler *Fylkesmannen i Finnmark* at de:

«(...) ser positivt på at internkontrollplikten nå er blitt lovfestet som en del av «sørge-for» ansvaret. Videre ser vi positivt på en lovfesting av plikten til å samordne ulike deltjenester, og til å samarbeide med tjenesteleverandører på andre forvaltningsnivå, for at brukerne kan oppleve mest mulig helhetlige tjenester.»

Norsk Psoriasisforbund:

«Brukerorganisasjonene har en sentral plass i vårt samfunn. Det oppfatter vi blir uttalt og alvorlig ment fra beslutningstagere (både politisk og ellers i samfunnet). Det er derfor utilfredsstillende at det ikke er mange bestemmel-

ser i loven som gir kommunene plikt til å involvere brukerorganisasjonene i kommunenes arbeid med helse- og omsorgstjenesten. Riktignok gis brukerorganisasjonene «anledning til å medvirke» når det gjelder utarbeidelse av avtaler mellom kommunen og regionale helseforetak. Lovforslagets § 3-1 2. ledd gir kommunene en plikt til å «planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten». I alle fall burde det i denne sammenheng være en plikt for kommunene til at brukerorganisasjonene skal få medvirke. Dette er ikke minst viktig i planleggingsfasen. Det er særdeles viktig at brukerorganisasjonene er «inne» helt fra det tidligste planleggingsstadium til gjennomføringene av tjenestene.»

Det er også gitt uttrykk for at kommunens plikt til å samarbeide med fylkeskommunens tannhelsetjeneste bør være like tydelig som for andre ikke-kommunale helsetjenester, og at det bør nevnes særskilt lovforslaget. Blant annet *Helsedirektoratet* uttaler:

«Det fremgår her at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet. Helsedirektoratet vil i den forbindelse særlig understreke behovet for et godt og forpliktende samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kommunen, slik at rettighetene og behovene til de prioriterte gruppene i tannhelsetjenesteloven blir ivaretatt.»

Norsk helse- og velferdsforum:

«NHV foreslår at § 3-1 siste ledd endres til: Kommunen skal samarbeide kommunalt, fylkeskommunalt, med regionalt helseforetak og stat slik at helse- og omsorgstjenesten i landet oppleves som en enhet.»

Dekanmøtet i medisin (samlet uttalelse fra Det medisinske fakultet ved NTNU, Det medisinskodontologiske fakultet ved UiB, Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT og Det medisinske fakultet ved UiO) mener at det i lovforslaget § 3-1 bør tilføyes:

««Kommunen skal samarbeide med relevante fagmiljø i universitets- og høyskolesektoren og helseforvaltningen for å sikre en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste». Subsidiært foreslår dekanmøtet i medisin at det innføres et

punkt om fremtidig forskrift: «Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser som regulerer kommunens samarbeid med forskningsmiljø i universitets- og høyskolesektoren samt i den statlige helseforvaltningen, med mål om å styrke helse- og omsorgstjenestens kunnskapsbasis.»»

Noen høringsinstanser tar opp departementets forslag om at kommunens ansvar skal gjelde for personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Blant annet *Bergen kommune* uttaler:

«Kommunen vil knytte en merknad til forslaget, og foreslå en alternativ lovtekst:

Bergen kommune mener «oppholder seg» er tilstrekkelig og mer entydig enn «bor eller midlertidig oppholder seg». Kommunens plikter gjelder overfor alle som oppholder seg i kommunen, som etter gjeldende rett. Regelen skulle forhindre kasteballproblematikk. I sosialtjenesteloven og barneverntjenesteloven er ordlyden «oppholder seg», og ble valgt fordi «opphold» er et entydig begrep da det innebærer at personen er fysisk til stede i kommunen, verken mer eller mindre. «Bor» gjør man i én kommune, selv om man midlertidig oppholder seg i en annen kommune, og da kan det reises spørsmål om hvilken kommune som skal yte tjenestene. Ved å velge «bor eller midlertidig oppholder seg» har man gjeninnført en tvetydighet for omsorgstjenestenes vedkommende som ikke er ønskelig og som vel ikke er tilsiktet. Bergen kommune foreslår følgende alternative lovtekst i § 3-1, 1. ledd:

«Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.»»

Norsk fysioterapiforbund:

«NFF erfarer at mange som trenger fysioterapi behandling, får dette i kommunen de arbeider, ikke i den kommunen de bor. Dette innebærer at det for mange er enklere å kombinere arbeid og behandling. Dette er dermed et viktig element for å sikre et inkluderende arbeidsliv. Videre er vi kjent med at brukere med behov for omfattende helse- og sosialtjenester får tilbud om tjenester som ligger utenfor kommunen. Slik lovforslaget er utformet, kan rettighetene til brukere begrenses i forhold til tjenester i hjemkommunen, og kommunen kan sette som vilkår at bruker er bosatt i kommu-

nen. NFF mener det må komme tydelig frem av lovteksten og dens forarbeider at man har krav på helsetjenester også oppholdskommunen.»

Statens helsetilsyn:

«Videre følger det av § 3-1 i ny helse- og omsorgslov at det er kommunen der personen oppholder seg som skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det fremgår imidlertid ikke av ordlyden at tjenestene skal ytes i kommunen der personen bor. Vi kjenner til at brukere med behov for omfattende helse- og sosialtjenester får tilbud om tjenester som ligger utenfor kommunen. Hvis rettigheten til omsorgsmottakere kan begrenses i forhold til tjenester i hjemkommunen og kommunen kan sette vilkår for tjenestetilbudet at bruker eller pasient skal flytte til annen kommune, er dette et inngrep i den enkeltes autonomi om retten til å bosette seg der en ønsker. Dette vilkåret bør i så fall reguleres i lovtekst.»

12.6 Departementets vurderinger og forslag

12.6.1 Kommunens overordnede ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal «sørge for» nødvendig helsetjeneste ifølge kommunehelsetjenesteloven og «yte tjenester etter» sosialtjenesteloven. Forslag om en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal harmonisere dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, bør også innebære at reguleringen av kommunens overordnede ansvar for tjenestene samles og harmoniseres.

Begrepene helsetjeneste og sosialtjeneste foreslås erstattet med fellesbegrepet «helse- og omsorgstjenester». Dette bør gjenspeiles i den overordnede ansvarsbestemmelsen. For nærmere omtale av begrepsbruken i lovforslaget, se kapittel 7.

Departementet er likeledes av den oppfatning at bestemmelsens ordlyd tydelig bør vise at kommunen i betydelig grad har anledning til selv å velge hvordan tjenestene skal organiseres. Mange høringsinstanser er positive til forslaget, og viser til at dette vil sikre kommunal handlefrihet basert på lokale forhold. Departementet mener dette oppnås bedre ved å forplikte kommunen til å «sørge for» tjenester enn ved å forplikte kommunen til å «yte» tjenester. Videre mener departementet at det vil være fordelaktig å kunne regulere ansvaret på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten.

Andre høringsinstanser mener at kommunens sørge-for-ansvar må presiseres og utdypes. Departementet vil i den forbindelse vise til øvrige bestemmelser i lovforslagets kapittel 3, og da spesielt § 3-2 første ledd som opplister kommunens ansvar for konkrete tjenester. Det er med andre ord ikke slik at kommunen står fritt til å velge hvilke tjenester de skal sørge for. Rammene for ivaretagelsen av ansvaret og den aktiviteten som kommunene må utvise, følger av lovgivningen for øvrig. Den nærmere omtalen av kommunens konkrete plikter fremgår i hovedsak av kapittel 15, 16 og 17.

Med den overordnede sørge-for bestemmelsen ønsker departementet å sikre at kommunene innenfor disse rammene selv kan velge hvordan de vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov. Hvilke tjenester kommunen plikter å gjøre tilgjengelig for befolkningen vil følge av en tolkning av begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» og den opplisting av tjenester som særlig følger av lovforslaget § 3-2 første ledd. I kapitlene 29 og 30 er det redegjort nærmere for pasienters og brukeres rettigheter.

I tillegg til det som er rettighetsfestet på individnivå, skal kommunen også sørge for andre tjenester eller ivareta andre oppgaver, for eksempel forebygging og helsefremmende arbeid. Kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester må også avgrenses oppad mot det spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for, se nærmere om dette under kapittel 8 og kapittel 28 om lovpålagte samarbeidsavtaler.

Dette viser at det ikke er opp til kommunene å bestemme hvilke oppgaver og tjenester som skal tilbys eller utføres. Det er likevel viktig for departementet at lovforslaget sikrer at kommunene har mulighet til å utforme de tjenestene de skal yte på en god og hensiktsmessig måte ut i fra lokale forutsetninger og behov. Den overordnede bestemmelsen i § 3-1 første ledd er ment å sikre dette, og departementet vil derfor opprettholde forslaget fra høringsnotatet.

Begrepet «sørge-for» pålegger kommunen ansvaret for at tjenestene gjøres tilgjengelige for de som har rett til å motta tjenester. Kommunene skal fortsatt kunne velge om de ønsker å utføre de nødvendige tjenestene selv eller inngå avtale om dette med andre. Departementet foreslår å tydeliggjøre dette i lov, jf. ny lov § 3-1 femte ledd. Kommunene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud. For nærmere omtale av privat virksomhet i kommunen, se omtale i punkt 14.4.

Flere høringsinstanser tar opp at kommunen skal sørge for at personer som «bor eller midlertidig oppholder seg» i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Sosialtjenesteloven omfatter alle som oppholder seg i kommunen, mens kommunehelsetjenesteloven omfatter alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Departementet la til grunn i høringsnotatet at de to beskrivelsene i all hovedsak omfatter den samme personkretsen. Departementet foreslo på denne bakgrunn at kommunen skal «sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester».

Blant annet Bergen kommune uttaler at departementets forslag i høringsnotatet legger opp til en fortsatt tvetydighet for omsorgstjenestens vedkommende «som ikke er ønskelig og som vel ikke er tilsiktet». Departementet vil understreke at det ikke var intensjonen at lovbestemmelsen skulle omfatte ulike personkretser. Departementet ser likevel at selve lovforslaget kan skape tolkningsvansker i tilfeller hvor en person bor i en kommune, men oppholder seg midlertidig i en annen kommune.

Denne lovbestemmelsen må også ses i sammenheng med hvilken kommune som har det finansielle ansvaret for den tjenesten som skal ytes til pasienten eller brukeren. I kapittel 39 foreslår departementet at det skal være oppholdsprinsippet som skal legges til grunn hva angår det finansielle ansvaret for tjenestene som ytes. Det er avgjørende for kommunene at det fremstår som klart hvilken kommune som er forpliktet til å yte og finansiere tjenestene. Departementet ser at det kan være tilfeller hvor en person bor i en kommune, men oppholder seg midlertidig i en annen kommune, og at disse spørsmålene kan være vanskelig å avgjøre ut i fra lovforslaget § 3-1 første ledd. For å unngå tolkningstvil vil departementet derfor foreslå at ordlyden i bestemmelsen endres fra forslaget i høringsnotatet til: «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester». På den måten blir det klart at oppholdsprinsippet legges til grunn både for ansvaret om yte tjenestene, og ansvaret for å finansiere tjenestene.

Dette innebærer at ansvaret også omfatter en person som kun oppholder seg kortvarig i en kommune, for eksempel i forbindelse med ferie. Det er imidlertid en forutsetning for kommunens ansvar at personen har rett til helsehjelp i landet. Dette vil hovedsakelig bestemmes av pasientrettighetsloven. Spørsmålet om hvem som omfattes av

rett til tjenester fra kommunen er særlig relevant for personer uten lovlig opphold i landet. Personer uten lovlig opphold vil i noen grad ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Grensene for ansvaret er imidlertid uklare. Departementet har hatt på høring et forslag om presisering av virkeområde for pasientrettighetslovens kapittel 2, ved en endring i prioriteringsforskriften, for å klargjøre hvilken rett personer som oppholder seg ulovlig i landet har til helsetjenester. Høringsinstansens innspill er nå til vurdering i departementet.

12.6.2 Nærmere om hvordan kommunene skal ivareta ansvaret

For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevant lov og forskrift. Disse tiltakene følger allerede av gjeldende regelverk om internkontroll.

Flere av høringsinstansene som uttaler seg om temaet er positive til departementets forslag om å lovfeste de grunnleggende kravene til styring som allerede fremgår av blant annet internkontrollforskriften og kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a. Tiltakene er grunnleggende forutsetninger for styring av det kommunale ansvaret og dette vil etter departementets oppfatning tydeliggjøre ansvaret.

Departementet opprettholder derfor forslaget om å lovfeste i ny § 3-1 tredje ledd at kommunens ansvar for å sørge for de aktuelle tjenestene innebærer en plikt til å «planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift.»

Krav til planlegging innebærer at kommunen må vurdere behovet for helse- og omsorgstjenester og legge planer for hvordan behovet skal dekkes. Kommunen har ansvaret for å vurdere behovet for personell og kompetanse, og legge planer for rekruttering og kvalitetsutvikling for til enhver tid å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester som dekker behovet i kommunen. *Krav til gjennomføring* innebærer at kommunen har ansvar for at helse- og omsorgstjenesten blir organisert og gjennomført i tråd med kommunens vedtatte planer, at helse- og omsorgstjenesten som tilbys er forsvarlig og at befolkningens behov for tjenester blir dekket. *Krav til evaluering* innebærer at kommunen har ansvar for å evaluere gjennomføringen av tjenestetilbudet systematisk. Innspill til å gjennomføre evaluering av tjenestetilbu-

det kan komme fra flere hold, blant annet gjennom klager fra tjenestemottakere, opplysninger fra helsepersonell, fra tilsynsmyndigheten, brukerundersøkelser og kontrollutvalgets forvaltningsrevisjon. *Krav til korrigerings* innebærer at kommunen har ansvar for å korrigere uforholdsmessige og uønskede forhold. Kommunen må iverksette tiltak dersom evaluering av tjenestetilbudet, tilsyn eller andre forhold viser at kommunens tjenestetilbud ikke er tilstrekkelig eller forsvarlig.

Hjemlene i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a og sosialtjenesteloven § 2-1 tredje ledd om at Kongen kan gi forskrifter om ansvaret, foreslås videreført i ny lov. Forskriftshjemlene i nevnte lovbestemmelser som gir adgang til å gi forskrift om internkontroll, videreføres ikke i ny lov. Departementet anser gjeldende forskriftshjemmel i tilsynsloven § 7 for å være tilstrekkelig slik at gjeldende forskrift om internkontroll kan videreføres. Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten foreslås videreført uten materielle endringer. Det vises for øvrig til omtale i punkt 21.2.5.2. hvor det vurderes å endre internkontrollforskriftens tittel til forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenesten for å tydeliggjøre den reelle betydningen av kravene.

12.6.3 Endring av tilsynsloven

Departementet har ikke mottatt høringsinnspill på forslaget i høringsnotatet om å endre tilsynsloven § 3 første ledd. Etter tilsynsloven § 3 første ledd skal enhver som yter «helsetjeneste» etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

I ny lov gjelder kommunens ansvar «helse- og omsorgstjenester». Departementet vil derfor opprettholde forslaget om å endre tilsynsloven § 3 første ledd slik at bestemmelsen skal gjelde for enhver som yter «helse- og omsorgstjenester».

12.6.4 Om ansvaret for regionale helseforetak

Departementet ser også behov for en harmonisering av de forventningene som kan stilles til kommunenes og de regionale helseforetakenes systematiske tilnærming til sine respektive ansvar. I det følgende omtales derfor enkelte endringsforslag av betydning for de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene utfører ikke selv spesialisthelsetjeneste, men overlater den utøvende virksomheten til egne helseforetak eller til pri-

vate etter avtale. Tilsynsloven § 3 gjelder enhver som «yter» helsetjenester. Det har på denne bakgrunn blitt stilt spørsmål ved om regionale helseforetak er forpliktet til å rette seg etter bestemmelsen i tilsynsloven om internkontroll. I brev av 26. november 2007 konkluderte Helsedirektoratet, i samråd med departementet og Statens helse-tilsyn, med at også regionale helseforetak er forpliktet til rette seg etter bestemmelsen i tilsynsloven om internkontroll. Departementet ønsker å presisere dette i spesialisthelsetjenesteloven. Det er videre behov for, på samme måte som for kommunene, å tydeliggjøre de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Det er ingen grunn til å ha ulik regulering av grunnleggende styringsprinsipper for kommunene og de regionale helseforetakene.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å presisere i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, nytt tredje ledd, at det regionale helseforetakets ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

12.6.5 Krav til samarbeid med andre offentlige instanser

Etter dagens kommunehelsetjenestelov § 1-4 fjerde ledd plikter kommunen å samarbeide med blant annet fylkeskommunen. Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Mange av de som har rett til fylkeskommunale tannhelsetjenester oppholder seg i kommunale institusjoner eller får kommunale tjenester innen hjemmesykepleie og psykisk helsevern. For at innbyggere som har rett til fylkeskommunale tannhelsetjenester skal få informasjon om sin rettighet (via kommunal helse- og omsorgstjeneste) og gis mulighet til å få innfridd sin rett, er det nødvendig at kommunen og fylkeskommunen samarbeider. Kommunene har de siste årene også fått økte midler til tannhelsetjenester til rusmiddelavhengige i kommunal rusomsorg. For at disse skal kunne få nødvendig tannhelsehjelp er det avgjørende at kommunen samarbeider med aktuell fylkeskommune om organiseringen av tilbudet av tannhelsetjenester. Fylkeskommunen har også et ansvar for forebygging og folkehelsearbeid, og den er avhengig av et godt samarbeid med andre tjenesteområder. Aktuelle samarbeidspartnere i kommunen i den sammenheng er skole, barnehage, helsestasjon, asylmottak mv.

Departementet er av den oppfatning at samarbeid mellom ulike deltjenester og tjenestenivå er påkrevet for at man skal være i stand til å gi den enkelte og befolkningen generelt best mulig helse- og omsorgstjeneste. Selv om det nå foreslås å innføre lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, se kapittel 28, finner departementet det unaturlig å kun lovfeste at kommuner skal samarbeide med fylkeskommunen. For å tydeliggjøre kravet til helhetlige og koordinerte tjenester, vil departementet derfor foreslå å videreføre dagens kommunehelsetjenestelov § 1-4 fjerde ledd, jf. lovforslaget § 3-4 andre ledd. For regionale helseforetak, er slik plikt foreslått i ny § 2-1 e i spesialisthelsefjenesteloven.

Noen høringsinstanser mener det er behov for at kommunens plikt til å samarbeide med fylkeskommunens tannhelsetjeneste bør være like tydelig som for andre ikke-kommunale helsetjenester, og at dette bør nevnes eksplisitt i lovforslaget. Departementet mener det er viktig at kommunen har et godt samarbeid med fylkeskommunens tannhelsetjeneste, men er likevel av den oppfatning at den foreslåtte lovbestemmelsen bidrar til å

sikre dette samarbeidet. Materielt sett er kommunens plikt til samarbeid med fylkeskommunens tannhelsetjeneste ivaretatt, selv om denne ikke er eksplisitt nevnt i lovforslaget.

Dekanmøtet i medisin mener at det bør tilføyes i lovbestemmelsen at kommunen skal samarbeide med relevante fagmiljø i universitets- og høyskolesektoren og helseforvaltningen for å sikre en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste. Departementet mener det viktig for kommunene å samarbeide med forskningsmiljøer for å sikre en fremtidsrettet og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste. Av den grunn har departementet foreslått at kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forsknings- og utviklingsarbeid for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For nærmere omtale av dette forslaget, se kapittel 23. I den forbindelse vil det være naturlig og hensiktsmessig at kommunene har et samarbeid med relevante fagmiljø i universitets- og høyskolesektoren. Departementet finner det av den grunn ikke nødvendig å lovfeste et krav til slikt samarbeid.

13 Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester – gjeldende rett

13.1 Overordnet om gjeldende rett

13.1.1 Innledning

I denne delen av proposisjonen drøftes kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester i tre ulike kapitler. I høringsnotatet ble dette drøftet samlet i kapittel 11.

I herværende kapittel 13 gjengis gjeldende rett. I kapittel 14 drøftes det overordnede spørsmålet om i hvilken grad kommunens plikter skal utformes detaljert eller mer overordnet i lov og forskrift, herunder om tjenestene skal angis profesjonsnøytralt. I kapittel 15 drøftes hvordan kommunens konkrete plikter skal lovfestes og hva disse skal innebære.

Dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven består av en kombinasjon av rettighets- og pliktbestemmelser. I tillegg er det slik at kommunehelsetjenestelovens innhold må sees i sammenheng med de rettigheter som følger av annen relevant lovgivning, særlig pasientrettighetsloven. I tilfeller der det kan stilles spørsmål ved om en person er rettighetshaver, for eksempel der hvor en person har ulovlig opphold i landet, må det i utgangspunktet slås fast at vedkommende er rettighetshaver etter pasientrettighetsloven før kommunens plikter gjelder.

13.1.2 Organisering av helsetjenester

Kommunen har ansvar for å organisere og yte tjenester som den er pålagt etter kommunehelsetjenesteloven, og står i stor grad fritt til å bestemme hvordan oppgavene skal organiseres.

Kommunehelsetjenesteloven stiller flere krav til ansattes kompetanse og til organiseringen av tjenestene enn sosialtjenesteloven. Det vises til oppregningen av tjenester i kommunehelsetjenesteloven § 1-3, der det er bestemt at kommunen blant annet skal sørge for allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, sykepleie og jordmortjeneste. I denne opplistingen ligger det innbakt profesjonskrav til de som skal utføre tjenestene. I forskrift

23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste stilles det utdanningskrav til ulike stillinger innenfor sykepleie- og helsesøstertjenesten. Blant annet skal faglig leder for hjemmesykepleien være offentlig godkjent sykepleier. I forskrift 14. november 1988 nr. 932 om sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften) stilles det krav til bemanning i disse boformene. I tillegg stiller sykehjemsforskriften krav til utforming av sykehjem.

Kommunen kan organisere tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd.

Hovedmodellen i fastlegeordningen er at fastlegen er selvstendig næringsdrivende med avtale med kommunen (ca 94 prosent av fastlegene er privatpraktiserende, de resterende 6 prosent er ansatte i kommunen). Privat fysioterapivirksomhet med kommunale driftsavtaler og refusjon fra folketrygden utgjør også hovedtyngden av fysioterapitjenester i kommunen (ca 2/3-deler). I forhold til disse sentrale helsetjenestene er det dermed private yrkesutøvere som dominerer tjenesteutøvelsen. Kommunens oppfølging av organiseringen av og innholdet i allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten vil i hovedsak skje gjennom utforming av de individuelle avtalene. Personell som utfører pleie- og omsorgstjenester i og utenfor institusjon er i større grad ansatt i kommunen.

Det er i loven ikke detaljregulert hvordan virksomheten skal organiseres for å få driftstilskudd fra kommunen. Dette er overlatt til partene å avtalefeste i de individuelle driftsavtalene. Det er i tillegg gitt nærmere bestemmelser i sentrale, kollektive avtaler som er inngått mellom KS/Oslo kommune og henholdsvis Den norske legeförening og Norsk Fysioterapeutforbund. Antallet fastlegeavtaler/driftsavtaler som kommunen kan inngå, er delvis regulert ved lov eller av sentrale myndigheter, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1a om legefördeling til kommunehelsetjenesten

hvoretter departementet årlig fastsetter en samlet ramme for antall nye legestillinger i kommunehelsetjenesten og antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet. Den enkelte kommune må ansette personell eller inngå det antall driftsavtaler som er nødvendig for å gi et faglig forsvarlig tilbud. I kapittel 19 er det redegjort nærmere for fastlegeordningen.

Det er kommunens ansvar å organisere helsestasjonsvirksomhet og helsetjeneste i skoler, og dekke alle utgifter til disse oppgavene. Kommunen skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene som skal utføres, og ha en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom disse. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesteloven § 3-5 pålegger kommuner å ansette en eller flere kommuneleger. Kommunelegens hovedfunksjon er å være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten, øvrig administrasjon og politiske organer i kommunen. Kommunelegen er også tillagt en rekke oppgaver i flere lover og forskrifter, jf. nærmere om dette i kapittel 18.

13.1.3 Organisering av sosiale tjenester

Kommunen står som hovedregel fritt til å bestemme hvordan oppgavene etter sosialtjenesteloven skal organiseres. Reglene i sosialtjenesteloven § 4-2 innebærer et krav om at kommunene må ha et tilbud som omfatter de tjenestene som er listet opp i bestemmelsens bokstav a – d, men loven stiller generelt ikke uttrykkelige krav til organisering eller kompetanse hos tjenesteyterne. Unntak er de spesifikke kravene i lovens kapittel 4A (jf. for eksempel § 4A-9), plikt til å tilby praktisk bistand organisert som brukerstyrt personlig assistanse, jf. § 4-2 bokstav a og plikt til å tilby lønn til personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid, jf. § 4-2 bokstav e.

Sosialtjenesteloven kapittel 7 har nærmere regler om kommunenes ansvar for planlegging, etablering og drift av boliger med heldøgns omsorgstjenester. Her er det presisert at flere kommuner kan samarbeide om disse oppgavene, og at departementet kan påby slikt samarbeid hvis det er påkrevd for å sikre tjenesten, jf. § 7-5.

Selv om ansvaret for enkelttjenester etter sosialtjenesteloven er lagt til kommunen, innebærer

ikke det at kommunen selv må drive tjenestene. Det er lagt til grunn i loven at organiseringen og gjennomføringen av tjenestene kan skje av andre aktører enn det offentlige. Dette kommer til uttrykk blant annet i sosialtjenesteloven § 7-5, der det er presisert at kommunen kan inngå avtale med private eiere om å disponere plasser i boliger med heldøgns omsorgstjenester. Det er også gitt egne regler i bestemmelsen om hva en slik avtale må inneholde. I sosialtjenesteloven § 3-3 er det presisert at sosialtjenesten bør samarbeide med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som sosialtjenesten. Uavhengig av om kommunen overlater ansvaret for å utføre tjenestene til andre, har kommunen fortsatt ansvaret for at det er etablert et tjenestetilbud med tilfredsstillende kvalitet, og at det finnes i et slikt omfang at det dekker kommunens behov.

13.1.4 Særlig om avtale med private og utgiftsdekning

I kommunehelsetjenesteloven § 4-2 fremgår det at dersom en kommune ønsker en ny privatpraktiserende lege, fysioterapeut eller jordmor, skal den kunngjøre at interesserte kan melde seg. Avtale skal inngås med den som er best skikket. Departementet er gitt hjemmel til å gi nærmere forskrifter om privat helsevirksomhet i kommunene, om kunngjøring av ledig praksis, om fremgangsmåten ved valg blant søkere og om avtalevilkår.

Kommunehelsetjenesteloven § 4-1 første og andre ledd bestemmer at allmennpraktiserende lege, fysioterapeut, jordmor, samt andre som vil drive privat helsevirksomhet må ha avtale med kommunen dersom utgifter til helsehjelp skal kunne godtgjøres av kommunen. Av tredje ledd følger det at slike avtaler ikke kan overdras.

Kommunehelsetjenesteloven § 5-1 andre ledd bestemmer at utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen skal delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale med den privatpraktiserende. Utgifter til helsetjeneste ved bedrifter og primærnæringsdekkes ikke av kommunen. Dette gjelder også når slik helsetjeneste organiseres av kommunen. Leger, fysioterapeuter eller jordmødre kan riktignok drive privat praksis uten avtale med kommunen, men pasienten må da betale fullt ut og vil ikke ha rett på refusjon fra kommunen eller folketrygden. Disse vil da heller ikke inngå i det offentlige helse- og omsorgstilbudet.

13.2 Gjeldende rett – helsetjenester

13.2.1 Innledning

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 gir en oversikt over hvilke konkrete oppgaver og tjenester som kommunen har ansvar for å ivareta. I tillegg til de lovpålagte tjenestene står kommunen fritt til å tilby andre tjenester som anses nødvendige eller mer hensiktsmessige. Dette følger av hovedprinsippene i lov 25. september 1992 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) om kommunens frihet til å utforme tjenestetilbudet og organisere tjenestene, men kommer også direkte til uttrykk i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd hvor det fremgår at når det gjelder sprøyterom er det opp til den enkelte kommune å avgjøre om den ønsker å søke om å få etablere en slik tjeneste.

Kommunens ansvar må også sees i samsvar med kommunehelsetjenestelovens formålsbestemmelse i § 1-2. Det fremgår her at kommunen ved sin helsetjeneste skal:

«(...) fremme folkehelse og trivsel og gode sosial og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.»

Kommunens helsetjeneste skal ha oversikt over både helsetilstanden i kommunen og de forhold som kan tenkes å påvirke denne, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4 første ledd. En slik oversikt baseres blant annet på:

- nasjonale og regionale informasjonskilder som er relevant for den enkelte kommune, jf. blant annet Helsedirektoratets kommunehelseprofilportal, data fra helseforetakene etc.,
- kommunens egne kartlegginger der hvor slik kartlegging er nødvendig for å få tilstrekkelig med informasjon, samt
- sammenstilte erfaringer basert på helsetjenestens øvrige aktiviteter som tilsyn, skolehelsetjenesten, møte med pasienter, klager og andre henvendelser etc.

Oversikten skal være av en slik art og omfang at kommunen kan planlegge og innrette helsetjenesten slik at den dekker befolkningens behov for helsetjenester, samt at kommunen kan iverksette hensiktsmessige tiltak for å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader.

For å kunne iverksette hensiktsmessige tiltak skal oversikten blant annet omfatte en vurdering av forhold som påvirker helsen positivt eller negativt, årsaken til disse forholdene, en vurdering av betydning av helseeffekter av påvirkningsfaktorene, samt forslag til mulige helsefremmende, forebyggende eller avbøtende tiltak, jf. blant annet forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern § 5.

Basert på denne oversikten, samt på kommunens helsefaglige kompetanse, skal tjenesten iverksette tiltak, og medvirke til at helsemessige forhold blir ivaretatt av andre offentlige organer som har en virksomhet med betydning for folkehelsen. En slik medvirkning består av å gi råd og uttalelser, samt deltakelse i plan- og samarbeidsorganer. For eksempel i forhold til arealplanlegging kan dette omfatte sikring av drikkevannskilder, trygg skolevei, gode sosiale og miljømessige forhold ved etablering av nye boområder og lignende.

Videre har helsetjenesten en plikt til å gi informasjon til andre myndigheter som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen jf. for eksempel arbeidsmiljøloven, produktkontrollloven, forurensningsloven og genteknologi-loven, dersom de blir kjent med forhold som er av helsemessig betydning.

13.2.2 Legetjenester, herunder legevakt, fastlegeordning og samfunnsmedisin

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 at kommunens helsetjeneste skal fremme helse og forebygge sykdom, skade og lyte. Av § 1-3 første ledd nr. 2 fremgår at kommunens helsetjeneste skal omfatte diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte. Av § 1-3 første ledd nr. 5 følger det at kommunens helsetjeneste også skal gi hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner.

For å løse disse oppgavene skal kommunen blant annet etter § 1-3 annet ledd ha en allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning (jf. bestemmelsens nr. 1), legevaktordning (jf. bestemmelsens nr. 2) og medisinsk nødmeldetjeneste (jf. bestemmelsens nr. 7). I tillegg skal kommunen etter kommunehelsetjenesteloven § 3-5 ansette kommunelege.

Den kommunale legetjenesten omfatter allmennlegetjeneste og samfunnsmedisinsk arbeid, og er nærmere beskrevet i Ot.prp. nr. 99 (1998-1999) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen), jf. også St.prp. nr. 1 (2006-2007).

Allmennlegetjenesten omfatter fastlegeordningen, allmennmedisinsk legearbeid (legearbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem, fengsler og asylmottak mv.) og 24 timers kommunal legevakt hele året. Allmennlegetilbudet til befolkningen er blant annet organisert som en fastlegeordning. Innbyggerne har rett til å kunne være tilknyttet en fast lege eller en legepraksis og kommunen er forpliktet til å tilby innbyggerne en fast lege eller legepraksis. Fastlegen har ansvar for allmennlegetilbudet til personer på sin liste, herunder for øyeblikkelig hjelp til disse på dagtid. Departementet viser for øvrig til kapittel 19 hvor det er redegjort nærmere for fastlegeordningen og fastlegenes rolle.

Samfunnsmedisinske oppgaver er som nevnt en del av legearbeidet i kommunen. I hovedsak utføres dette arbeidet av leger i stillinger som kommunelege I. De samfunnsmedisinske oppgavene omfatter blant annet:

- Helseovervåking og epidemilogiske oppgaver
- Oppgaver innen kartlegging, forskning, fagutvikling og undervisning
- Medisinskfaglig rådgivning etter lovverk og arbeidsgiverinstruks
- Medisinskfaglig ansvar for helsetjenester etter arbeidsgiverinstruks/administrative oppgaver
- Smittevern og miljørettet helsevern
- Analyse av de helsemessige konsekvenser av ulike tiltak i samfunnet. Samsykdommer, med stikkord som samferdsel, samliv og samarbeid
- Helsemessig beredskap, ABC beredskap, planarbeid
- Øvrige oppgaver og myndighet etter en rekke lover og forskrifter.

13.2.3 Legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 2 og nr. 7 fremgår at kommunen skal sørge for legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste. Den kommunale legevaktordningen skal være en organisert virksomhet som skal sikre befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Legevaktordningen skal bestå av et fast legevaktnummer, legevaktsentral og lege i vaktberedskap. Kommunal legevakt er en integrert del av allmennlegetjenesten og utgjør sammen med medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus. Ambulansetjenesten er en statlig oppgave som er omfattet av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 4.

Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten, jf. i den forbindelse spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 4 som også pålegger de regionale helseforetakene å sørge for medisinsk nødmeldetjeneste.

I følge § 7 i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, har kommuner og regionale helseforetak gjensidig ansvar for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester. Regionale helseforetak har i tillegg ansvar for samarbeid med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med brannvesen, politi, hovedredningssentral og andre samarbeidspartnere og for fastsettelse av hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar og hvilke AMK-sentraler som skal ha mottak av medisinsk nødnummer i regionen.

13.2.4 Habilitering og rehabilitering

Medisinsk habilitering og rehabilitering er en lovplagt oppgave for kommunene, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 3, men utgjør i tillegg et tverrfaglig og tverrsektorielt virksomhetsområde. Forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering gir nærmere bestemmelser om kommunens og de regionale helseforetakenes ansvar på dette området.

Forskriften § 2 definerer habilitering og rehabilitering som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Forskriften gir tydelige føringer for å sikre samarbeid og samhandling med andre sektorer som er aktuelle med bistand i rehabiliteringsprosessen.

Kommunen skal i følge forskriften ha generell oversikt over behov (jf. § 7) og planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet (jf. § 8). Det fremgår av forskriftens § 8 at det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og at kommunehelsetjenesten ved behov skal samarbeide med sosialtjenesten og andre samarbeidende etater.

13.2.5 Fysioterapitjeneste

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 3 fremgår at kommunen skal sørge for fysio-

rapitjeneste. Den kommunale fysioterapitjenesten består av forebyggende virksomhet, behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon. Deler av fysioterapivirksomhet utøves på sykehjem, i ulike omsorgsboliger, samt til pasienter som har behov for opptrening i forbindelse med overføring fra sykehus til eget hjem.

Som nevnt ovenfor i punkt 13.1.2 utgjør privat fysioterapivirksomhet med kommunale driftsavtaler og refusjon fra folketrygden hovedtyngden av fysioterapitjenester i kommunen. Kommunens oppfølging av organiseringen av og innholdet i fysioterapitjenesten skjer i hovedsak gjennom utforming av de individuelle driftsavtalene.

13.2.6 Jordmortjeneste

Svangerskapsomsorg kan utøves på helsestasjoner, hos fastlegene eller av jordmor. At kommunen skal sørge for jordmortjeneste følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 5.

Individrettede oppgaver er svangerskapskontroller, rådgivning, viderehenvisning, opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning. Grupperettede oppgaver kan være fødselsforberedende kurs mv.

13.2.7 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste er en del av kommunens oppgaver, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 bokstav b og bokstav c. I forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det gitt nærmere bestemmelser om tjenesten og tjenestens innhold.

Av forskriften fremgår at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være et tilbud til barn og unge 0-20 år og til gravide om svangerskapskontroll ved helsestasjonen, jf. forskriftens § 2-1.

Tjenesten skal fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Tilbudet til barn og ungdom omfatter helseundersøkelser, vaksiner, rådgivning, veiledning, opplysningsvirksomhet og forebyggende psykososialt arbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har særlig oppmerksomhet rettet mot barn og ungdom med spesielle behov og sårbare og utsatte grupper.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetje-

nesten, jf. forskriften § 2-1. Av samme bestemmelse fremgår også at driften av helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler kan skje ved interkommunalt samarbeid.

13.2.8 Sykepleie, herunder helsesøster-tjeneste og hjemmesykepleie

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 4 fremgår at kommunen skal sørge for sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie. Sykepleietjenestens innhold og oppgaver er utdypet i forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste. I forskriftens § 1 andre ledd fremgår at tilsatte i sykepleietjenesten må arbeide i nær kontakt med det øvrige helsepersonell i kommunen og at det skal være nært samarbeid med kommunal sosialtjeneste, offentlig tannhelsetjeneste og helseinstitusjoner.

Kommunens lovbestemte sykepleietjeneste omfatter blant annet oppgaver innenfor forebyggende helsearbeid med spesiell vekt på opplysende og rådgivende virksomhet, samt pleie og omsorg i sykehjem og i hjemmesykepleien.

Helsesøster skal særlig dekke behovet for spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid. Hjemmesykepleie har tradisjonelt vært sykepleie, inkludert psykiatrisk sykepleie, som lettere behandling, sårbehandling og legemiddelhåndtering. I dag kan innholdet i hjemmesykepleien i praksis være vel så omfattende som oppgavene i sykehjem.

13.2.9 Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

Tjenester i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie omfatter blant annet behandling, sykepleie, rehabilitering, medisiner, nødvendig tannbehandling og mer omsorgspregede tjenester som hjelp til praktiske gjøremål, personlig stell og sosialt samvær og psykososialt arbeid.

Ordlyden i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 6, «sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie», kan gi et inntrykk av at det her er snakk om to ulike boformer, mens de i realiteten er likestilt rettslig sett. Boform med heldøgns omsorg og pleie er institusjon, underlagt både sykehjemsforskriften og vederlagsforskriften. Dette fremkommer også forutsetningsvis av vederlagsbestemmelsen i kommunehelsetjenesten § 2-3.

Forarbeidene til bestemmelsen (Ot. prp. nr. 48 (1985-86)) gir i kapittel 5, særlig punkt 5.3.3, inntrykk av at en med «boform for heldøgns omsorg og pleie» siktet til det som i dag kalles omsorgsboliger. Imidlertid er de to boformene som nevnt likestilt gjennom finansieringsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 2-3, og begge boformene er slik sett institusjoner, til forskjell for såkalte omsorgsboliger.

I dag bygger kommunene i betydelig grad omsorgsboliger som alternativ og/eller supplement til sykehjemmene. Kommunene bygger mindre enheter som defineres som beboerens eget hjem. Leilighetene leies ut til beboer i samsvar med husleieloven, og beboerens rettslige stilling er som for alle andre som bor i eget hjem. Beboerne mottar derfor heller ikke «sykehjemstjenester», men «hjemmetjenester». Disse tjenestene er i realiteten de samme, men de er organisert og finansiert på ulike måter.

Innenfor den kommunale pleie- og omsorgstjeneste er derfor ikke sondringen mellom helse- og sosial, eller sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, særlig sentral. Harmoniseringen av finansieringsordningene i kommunehelsetjenesten og sosialtjenesteloven har medført at den interessante sontring går mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester, altså om den enkelte bor i institusjon eller i eget hjem, uavhengig av om den enkelte eier eller leier egen bolig.

Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie skal gi heldøgns opphold og i tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste, jf. § 2-1 i forskrift 14. november 1988 nr. 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.

Av forskriftens § 3-2 fremgår at boformen skal ha tilknyttet en administrativ leder, en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling, en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien og det antall personer som for øvrig er nødvendig for å sikre beboerne nødvendig omsorg og bistand.

Forskriften inneholder dessuten en rekke bestemmelser om beboernes rettigheter, noe som også vil være avgjørende for hvordan boformen skal utformes og hva den skal inneholde.

13.2.10 Helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger fengsler i kriminalomsorgen

Av kommunehelsetjenesteloven 1-3 første ledd nr. 1 bokstav e fremgår at kommunens helsetjeneste skal sørge for helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger fengsler under kriminalomsorgen.

Kommuner med fengsler (om lag 80 kommuner totalt), har dermed en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte. Staten yter årlig et særskilt øremerket tilskudd til berørte kommuner for fengselshelsetjenesten. Tilskuddet skal sikre et like godt helsetjenestetilbud for innsatte som for befolkningen for øvrig.

13.2.11 Transport av behandlingspersonell

Transport av behandlingspersonell etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 8 er aktuelt der pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet, men i stedet må gis ambulant behandling, enten på et annet behandlingssted eller i hjemmet. Det er bare utgifter til transport av behandlingspersonell som er omfattet av denne bestemmelsen. Pasientens eventuelle transportutgifter dekkes i henhold til annet regelverk, jf. pasientrettighetsloven § 2-6.

13.2.12 Kort om sammenhengen mellom helsetjenestens plikter og den enkeltes rettigheter

Kommunens plikt til å tilby eller yte nærmere bestemte tjenester må sees i sammenheng med den enkeltes rett til tjenester.

I kapittel 29 og 30 er det redegjort nærmere for den enkeltes rettigheter etter henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, samt inntatt forslag til hvordan den enkelte pasient eller brukers rettigheter i fremtiden bør lovfestes.

I denne sammenheng vil departementet bare påpeke at den enkeltes rettigheter knyttet til kommunale helsetjenester i dag følger dels av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 (om rett til helsehjelp), § 2-1a (om pasientrettigheter i fastlegeordningen) og § 2-2 (om barns rett til helsekontroll), og dels av rettighetsbestemmelsene i pasientrettighetsloven. For å fastsette hva kommunens tjenestepliktbestemmelser konkret vil innebære eller inneholde overfor den enkelte pasient, vil det være nødvendig å ta stilling til hva pasienten har rett til.

13.3 Gjeldende rett – sosiale tjenester og hjelpetiltak

13.3.1 Innledning

I Ot.prp. nr. 103 (2008-2009), jf. Prop. 13 L (2009-2010), ble det foreslått en ny lov som skulle «overta» de bestemmelsene i daværende sosialtjenestelov som omhandlet midlertidig husvære, økonomisk stønad og kvalifiseringsprogram/-stønad.

Stortinget vedtok forslaget, jf. lov 18. desember 2009 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, med ikrafttredelse fra 1. januar 2010. De gjenstående deler av sosialtjenesteloven har etter dette fått et tydeligere preg av å være kommunale omsorgstjenester som på flere områder har gråsoner og likhetstrekk med helse-tjenester. Departementets videre redegjørelse for sosiale tjenester og hjelpetiltak tar utgangspunkt i de oppgaver og tjenester som nå følger av sosialtjenesteloven etter ovennevnte lovendring.

I sosialtjenesteloven er kommunens generelle oppgaver samlet i kapittel 3. De enkelte sosiale tjenestene og særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere er regulert i henholdsvis kapittel 4 og kapittel 6. Regler om kommunens ansvar for institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester er regulert i kapittel 7. Regler som skal sikre rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming er gitt i kapittel 4A.

13.3.2 Generelle oppgaver

Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 3 pålegger kommunen en rekke plikter uten å gi enkeltpersoner tilsvarende rettigheter.

Sosialtjenestens generelle forebyggende virksomhet er fastsatt i loven § 3-1. Etter denne bestemmelsen skal sosialtjenesten blant annet gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer. Av bestemmelsens fjerde ledd fremgår at sosialtjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

Videre skal sosialtjenesten etter § 3-2 medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer som har betydning for sosialtje-

nestens arbeid. Sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som den er pålagt etter loven. Som ledd i disse oppgavene skal sosialtjenesten gi uttalelser og råd og delta i den kommunale og fylkeskommunale planleggingsvirksomheten og i de samarbeidsorganer som blir opprettet.

Blir det påvist mangler ved de tjenester som andre deler av forvaltningen skal yte til personer med et særlig hjelpebehov, skal sosialtjenesten om nødvendig ta opp saken med rette vedkommende. Er det uklarhet eller uenighet om hvor ansvaret ligger, skal sosialtjenesten søke å klargjøre forholdet.

Det følger av § 3-3 at sosialtjenesten bør samarbeide med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som sosialtjenesten.

Etter loven § 3-4 skal sosialtjenesten medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Dette omfatter også boliger med særlig tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller andre årsaker.

Av § 3-5 fremgår at sosialtjenesten skal spre kunnskap om sosiale forhold og tjenester i kommunen.

I § 3-6 er det inntatt regler om beredskapsplan, hjelpeplikt og gjensidig bistand. Det fremgår her at kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin sosialtjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Sosialberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner og fylkesmannen fører tilsyn med at dette påbudet blir overholdt.

Videre fremgår det at sosialtjenesten skal gi nødvendig hjelp under ulykker eller andre akutte situasjoner, samt yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner.

13.3.3 Opplysning, råd og veiledning

Sosialtjenestens plikt til å gi individuell opplysning, råd og veiledning er regulert i loven § 4-1. Siktemålet med denne bestemmelsen er ikke bare å løse eksisterende problemer, men også å søke å forebygge at problemer oppstår. Bestemmelsen omfatter alt fra rutinemessig henvisning til andre instanser til personlig råd og veiledning og familiebehandling.

13.3.4 Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse

Av § 4-2 bokstav a fremgår at kommunens sosiale tjenester skal omfatte praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse. Brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. Brukerstyrt personlig assistanse er en måte å organisere tjenesten på og kommunen er forpliktet til å tilby praktisk bistand og opplæring organisert som Brukerstyrt personlig assistanse. Brukerstyrt personlig assistanse er nærmere omtalt under punkt 15.5.15.

Praktisk bistand og opplæring omfatter hjelp til egenomsorg og personlig stell, og det kan være en glidende overgang til hjemmesykepleietjenester som hører under kommunehelsetjenesteloven, jf. proposisjonens punkt 13.2.8. Videre omfattes hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen, for eksempel innkjøp av varer, matlaging, vask av klær og bolig, snømåking m.v. Med opplæring menes opplæring i dagliglivets gjøremål. Formålet med opplæringen skal være å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpne i dagliglivet. Bestemmelsen pålegger ikke kommunene noen bestemt organisasjonsform eller bestemte krav til tjenestens innhold eller omfang, men det er i merknadene til loven understreket at utbygging av disse tjenestene vil være avgjørende for at hjelp i hjemmet kan være et alternativ til institusjonsomsorg.

13.3.5 Avlastningstiltak for personer og familier med et særlig tyngende omsorgsarbeid

Tjenesten følger av § 4-2 bokstav b og omfatter personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid, både frivillige omsorgsytere og foreldre med omsorgsplikt for mindreårige barn.

De som har særlig tyngende omsorgsoppgaver kan etter § 4-4 kreve at kommunen fatter vedtak om tiltak. Avlastningstjenester skal gi omsorgsytere nødvendig og regelmessig fritid og ferie og mulighet for å delta i vanlige aktiviteter. Avlastning kan gis både i private hjem og i særskilte tiltak, som for eksempel korttidsplass på sykehjem eller i avlastningsbolig (korttidsinstitusjon for barn og unge). Det er store variasjoner når det gjelder hvor mye barn er i avlastningsbo-

lig, fra sporadiske helgeopphold til det som nærmer seg permanent opphold.

Andre tjenester, for eksempel praktisk bistand i hjemmet, støttekontakt, dagtilbud, barnehageplass, ferieturer etc. vil også innebære avlastning.

Det har stor betydning at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov og at det gir trygghet og kontinuitet.

13.3.6 Støttekontakt

Støttekontaktordningen følger av loven § 4-2 bokstav c, og gjelder for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Støttekontaktens viktigste oppgave er som regel å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid. Det kan være et viktig tiltak i forhold til barn, unge og voksne med psykiske problemer, yngre og eldre funksjonshemmede, innvandrere som er ukjent med det norske samfunnet, familier med sammensatte problemer, rusmiddelmissbrukere mv.

13.3.7 Boliger med heldøgns omsorgstjenester

I henhold til § 4-2 bokstav d skal kommunens sosiale tjenester også omfatte plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. Begrepet «bolig med heldøgns omsorgstjenester» er i § 7-2 i forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til lov om sosialtjenester m.v., avgrenset til å omfatte aldershjem, barneboliger og privat forpleining. Siktemålet med avgrensningen er å unngå at reglene i sosialtjenesteloven kapittel 7 også anvendes i boformer som bør anses som egne boliger.

Kommunen har ansvar for å ha tilbud om plass i slike boliger til de som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

Når det gjelder *barneboliger* er det med hjemmel i sosialtjenesteloven § 7-8 utarbeidet veiledende retningslinjer om bygninger og utstyr, bemanning mv. Formålet med barnebolig er å sikre gode og trygge boforhold, legge til rette for gode oppvekstforhold og utvikle selvstendighet. Det er ikke krav om tilknyttet helsepersonell, men det forutsettes at barna/ungdommene får regelmessig helsekontroll og får nødvendige tjenester etter behov (for eksempel lege/legespesialist, psykolog, tannlege, fysioterapeut, PP-tjeneste og lekotek). I praksis kan det grovt sett sondres mellom «barneboliger» og «avlastningsbolig».

– Barnebolig: I boligen utføres den daglige omsorgen på vegne av foreldrene på perma-

nent basis. Barnas faste bopel er i barneboligen. Det finnes ca 250 plasser i landet

- Avlastningsbolig: Tilbud om avlastning til familier med hjemmeboende barn. Barnas faste bopel er hos foreldrene. Boligen ivaretar i kortere eller lengre perioder foreldrenes daglige omsorgsoppgave ved at barna flytter inn i avlastningsboligen. Det finnes ca. 1000 plasser i landet

I 2009 avdekket Helsetilsynet brudd på regelverket i om lag tre av fire virksomheter hvor det ble gjennomført tilsyn. Helsetilsynet har gitt uttrykk for at regelverket ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for drift av barne- og avlastningsboliger, og at regelverket dels er mangelfullt, komplekst og vanskelig tilgjengelig. Statens helsetilsyn har anbefalt en gjennomgang av regelverket med spesiell tanke på disse barnas særskilte situasjon og behov. Disse barna er i en særskilt situasjon blant annet fordi de ikke bor sammen med foreldrene, samtidig som foreldrene som regel fortsatt har foreldreansvar. Det er store variasjoner når det gjelder hvor mye barna er i avlastningsbolig, fra sporadiske helgeopphold til det som nærmer seg permanent opphold. Disse barna har en situasjon med mer eller mindre hyppig flytting, og deres helse- og omsorgsbehov kan endre seg i løpet av slike vekslingsperioder. Barn som oppholder seg i barnebolig har ofte helseplager og flesteparten bruker medisiner.

Når det gjelder aldershjem er dette i dag ingen lovpålagt tjeneste, og det eksisterer derfor heller ingen legaldefinisjon av denne institusjonstype. Aldershjem var tidligere hjemlet i lov om sosial omsorg, men ved innføringen av sosialtjenesteloven ble det vist til at tilvekst av nye aldershjem burde unngås, og erstattes med serviceboliger, slik at eldre så langt som mulig kunne leve selvstendig innenfor trygge ordninger i eget hjem etter behov. Som institusjonstype er aldershjem i dag på vei ut, og i 2004 var dekningsgraden nede i halvannen prosent.

13.3.8 Omsorgslønn

Etter § 4-2 bokstav e skal kommunens sosiale tjenester også omfatte omsorgslønn. Omsorgslønn ytes i dag til personer som har «*særlig tyngende omsorgsarbeid*», og som utfører oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen. Ordningen gjelder både overfor frivillige omsorgsytere uten omsorgsplikt, og foreldre som har omsorgsplikt for sine mindreårige barn.

Kommunene er pålagt å ha ordningen, men det er ikke en individuell rettighet for innbyggerne. Kommunen må etter en bred skjønnsmessig vurdering av det samlede tjenestetilbudet avgjøre hvorvidt det skal innvilges omsorgslønn, hvilket nivå lønnen skal ligge på, og varigheten av vedtaket. Kommunen kan vurdere omsorgslønn som ett av flere alternativer, for eksempel avlastningstiltak, støttekontakt, hjemmesykepleie mv.

13.3.9 Hjelpetiltak overfor rusmiddelavhengige

Av sosialtjenesteloven § 6-1 følger at sosialtjenesten skal hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. Slik hjelp skal skje gjennom råd, veiledning og de ordinære hjelpetiltak som følger av sosialtjenesteloven § 4-1 og § 4-2. Også til den enkeltes familie skal det gis råd, veiledning og hjelp.

Av bestemmelsens andre ledd følger at sosialtjenesten skal bistå med å etablere et behandlingsopplegg dersom det er behov for det og klienten ønsker det. Slikt behandlingsopplegg kan blant annet omfatte oppnevning av støttekontakt, etablering av støtteopplegg på arbeidsplassen, andre tjenester etter sosialtjenesteloven og kontakt med primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

I bestemmelsens andre ledd er det bestemt at dersom behovet for egnet institusjonsplass ikke kan dekkes, skal sosialtjenesten om nødvendig sørge for midlertidige tiltak.

Sosialtjenesten skal også følge opp klienten i behandlingsopplegget gjennom samtaler, og om nødvendig ved hjemmebesøk, og ved å legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institusjonsopphold, jf. bestemmelsens fjerde ledd.

I henhold til § 3-1 tredje ledd (forebyggende virksomhet) skal sosialtjenesten gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk.

13.3.10 Kort om sammenhengen mellom sosialtjenestens plikter og den enkeltes rettigheter

Etter § 4-2 er kommunen pålagt å tilby de sosiale tjenester som det er redegjort for ovenfor i punkt 13.3.4 til 13.3.8. Hva disse tjenestene konkret vil innebære av innhold og omfang, må sees i sammenheng med de rettighetsbestemmelser som fremgår av i loven § 4-3 og § 4-4.

I kapittel 29 og 30 er det redegjort nærmere for den enkeltes rettigheter etter henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, samt inntatt forslag til hvordan den enkelte pasient eller brukers rettigheter i fremtiden bør lovfestes. I denne sammenheng vil departementet bare påpeke at i henhold til § 4-3 er det de som «ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål» som vil ha krav på hjelp som er omfattet av § 4-2 bokstav a – bokstav d. Det følger av § 4-4 at «(D)e som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at sosialtjenesten treffer vedtak om det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i.»

13.3.11 Særregler om rusmiddelavhengige og psykisk utviklingshemmede, herunder bestemmelser om bruk av tvang

Særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige er regulert i sosialtjenesteloven kapittel 6. Her er det

presisert at sosialtjenesten gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak skal hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. Videre skal sosialtjenesten bistå med å etablere et behandlingsopplegg. Dessuten skal sosialtjenesten følge opp klienten i behandlingsopplegget gjennom samtaler og om nødvendig ved hjemmebesøk, og ved å legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institusjonsopphold.

I loven §§ 6-2, 6-2a og 6-3 er det fastsatt særlige regler om tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, tilbakehold av gravide rusmiddelmisbrukere og tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

Regler som skal sikre rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming er gitt i kapittel 4A. Reglene omfatter også krav til forebygging.

Når det gjelder nærmere redegjørelse for dette regelverket vises det til kapittel 36 og kapittel 37. Sosialtjenesten og kommunehelsetjenesten er direkte og indirekte pålagt en rekke tjenesteplikter gjennom dette regelverket.

14 Overordnede prinsipper for kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester

14.1 Innledning

I proposisjonens kapittel 3 er det redegjort for utviklingstrekk og fremtidige utfordringer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De fremtidige utfordringene stiller krav til at lovgivningen må legge til rette for en lokalt forankret og tilpasset helse- og omsorgstjeneste. Dette er nødvendig for å oppnå god ressursutnyttelse. Det er også viktig å legge til rette for bedre samhandling innad i kommunen, noe som vil bidra til en helhetlig og tverrfaglig tilnærming til pasientenes og brukernes behov.

I kapittel 12 har departementet drøftet kommunenes overordnede ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. I lovforslaget er dette ansvaret inntatt i § 3-1. Det nærmere innholdet i ansvaret, med andre ord *hva slags tjenester* kommunen plikter å tilby eller yte, samt *hva slags innhold og omfang* de ulike tjenestene skal ha, behandles i herværende kapittel 14 og kapittel 15. Gjeldende rett er det redegjort for i kapittel 13.

I punkt 14.2 omhandles på prinsipielt grunnlag det overordnede spørsmålet om i hvilken grad kommunens plikter skal utformes detaljert eller mer overordnet i lov og forskrift, herunder om tjenestene skal angis profesjonsnøytralt eller ikke.

Kommunens plikt til å tilby eller yte tjenester må også sees i sammenheng med den enkeltes rett til å motta nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasientrettighetsloven. Dette omtales i proposisjonens kapittel 29 og 30. I punkt 14.3 er det gitt en samlet redegjørelse for rammene for kommunens plikter. For en fullstendig oversikt over kommunens samlede oppgaver på helse- og omsorgsområdet vil det også være nødvendig å forholde seg til det kommunale ansvaret for helsefremmende og forebyggende virksomhet som følger av forslaget til ny folkehelselov. Se proposisjonens kapittel 15 og 17, samt Prop. YY L. (2010-2011) om ny folkehelselov.

I punkt 14.4 omhandles reguleringen av forholdet mellom kommunen og private tjenesteytere.

14.2 Detaljeringsgrad og profesjonsnøytralitet

14.2.1 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet viste departementet til at det kunne være uheldig med en blanding av plikter og rettigheter i en lov som i utgangspunktet skal regulere kommunenes tjenester på dette området. Departementet foreslo derfor at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad skulle innrettes mot en rendyrket «pliktløve» eller «tjenestelov» for kommunen. Den enkelte pasient eller brukers rettigheter ble foreslått samlet i pasientrettighetsloven.

Departementet foreslo også en lovreguleringsform som i mindre grad lister opp kommunens konkrete tjenester/oppgaver i lovteksten. Departementet viste til at det ville være mer hensiktsmessig med en lov som angir rammene for kommunens ansvar. Loven skulle legge til rette for at kommunene i større grad selv kan organisere sine tjenester på en måte som sikrer at det kan foretas en helhetlig og integrert helse- og omsorgsfaglig vurdering, oppfølging og behandling av den enkeltes behov. Departementet presiserte at kommunene, innenfor sine rammer, ville være forpliktet til å yte et forsvarlig og adekvat tjenestetilbud med utgangspunkt i den enkeltes behov.

Departementet foreslo en lovregulering som i all hovedsak var profesjonsnøytral. Departementet viste i den forbindelse til at de 29 gruppene som er autorisert etter helsepersonelloven, samt ytterligere personellgrupper som arbeider innenfor helse- og omsorgstjenesten uten autorisasjon, på ulikt vis kan være like viktige for den enkelte pasient som mottar helse- og omsorgstjenester. Etter departementets vurdering ville det derfor være både være uheldig og gi en skjev fremstilling dersom enkelte personellgrupper nevnes særskilt i lovtekst. Departementet viste også til at det å binde opp kommunen med bestemte profesjons- eller bemanningskrav kunne komme til fortrengsel for andre personellgrupper som også kan

dekke aktuelle funksjoner på en forsvarlig måte. Hensynet til å bygge opp en tjeneste basert på lokale behov tilsier at kommunen fortløpende selv må avgjøre hva slags personell de vil ha behov for. Departementet påpekte imidlertid at blant annet kravet om faglig forsvarlighet i tjenesten, ville legge klare føringer på kommunen og sikre at tjenesten bemannes med kvalifisert personell.

I høringsnotatet foreslo departementet at kommunene skal sørge for *nødvendige helse- og omsorgstjenester* for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Se også proposisjonens kapittel 12. Spørsmålet om hva som skal anses som nødvendig tjenester, må blant annet ses i sammenheng med kravet til *forsvarlige tjenester*. Den kommunale helse- og omsorgstjeneste skal både drive forebyggende arbeid og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov. Departementet viste også til at begrepet «helse- og omsorgstjenester» ville innebefatte ansvaret for å yte tjenester av mer sosialfaglig art.

Selv om ansvaret først og fremst vil være å sikre at aktuelle tjenester er tilgjengelige, vil det i praksis også innebære ansvar for drift, organisering og finansiering av en rekke tjenester innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg. Departementet preserte at det vil være den enkelte kommune som har ansvaret for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Den enkelte kommune kan imidlertid selv avgjøre om den ønsker å produsere disse tjenestene selv, eller kjøpe tjenester av andre private eller offentlige tjenesteytere.

For ytterligere å definere og tydeliggjøre begrepet «nødvendig helse- og omsorgstjenester» foreslo departementet at det i lovforslaget ble innført en nærmere angivelse av de oppgaver som typisk faller inn under begrepet. Se nærmere om dette i kapittel 15 nedenfor.

14.2.2 Høringsinstansenes syn

14.2.2.1 Behov for flere krav til kvalitet, innhold og kompetanse

Så godt som *alle kommunene* hilser større kommunal organisasjonsfrihet velkommen. Det vises til at det vil gi bedre fleksibilitet når kommunene kan bruke større grad av skjønn ved organisering av tjenesten. *Nordland fylkeskommune* og *Norsk Barnvernsamband* uttrykker også støtte. *Midt-Troms regionråd* anser at de funksjonskravene som listes opp i forslaget til § 3-2 er rimelig omfattende og detaljerte og «tror ikke at tjenesteme-

nyen i kommunene etter innføring av et sørgeforansvar vil se vesentlig annerledes ut enn dagens tjenestemeny».

Flere andre høringsinstanser uttrykker også forståelse for de positive konsekvensene av at kommunene stilles friere til å innrette sine helse- og omsorgstjenester, men anfører deretter avgjørende motforestillinger som leder til et krav om sterkere nasjonal styring.

Et stort flertall av høringsinstansene ønsker således mer konkrete krav i lov eller forskrift til tjenestenes innhold, kvalitet og nødvendig kompetanse enn det som fremgår av departementets forslag. Dette gjelder blant annet *Statens helse-tilsyn*, *Helsedirektoratet*, *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon*, *Fellesorganisasjonen*, *Legeforeningen*, *Aust-Agder fylkeskommune v/Fylkeseldrerådet*, *Norsk Ergoterapeutforbund*, *Høgskolen i Sør-Trøndelag* og *Statens råd for likestilling av funksjonshemmede*.

Flere høringsinstanser, herunder *Statens helse-tilsyn*, *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon*, *Legeforeningen*, *Norsk Handikapforbund*, *Barneombudet*, *Kommuneoverlegeforum Helgeland* og *Diabetesforbundet*, er bekymret for at den organisasjonsfriheten og profesjonsnøytraliteten som det legges opp til i lovforslaget vil kunne føre til kvalitetsmessige ulikheter i tjenestetilbudet i kommunene. *Legeforeningen* har pekt på at det, med unntak for fastlegeordningen, allerede i dagens situasjon er en utfordring at kommunenes ansvar for å tilby befolkningen helse- og omsorgstjenester er svært skjønnsmessig, og de reelle muligheter for overprøving i realiteten begrensede. *Barneombudet* har vist til at det for de tjenestene som retter seg mot barn og unge fremkommer «gjennom offentlige utredninger, forskningsrapporter og henvendelser til vårt kontor, at kommunenes tilbud er svært uforutsigbart».

Statens helsetilsyn har gitt uttrykk for at en konkretisering av tjenestenes innhold i forskriftsform vil være nødvendig for å unngå økte forskjeller mellom kommunene, og begrunner dette slik:

«Forslaget kan synes å gjøre det vanskeligere for kommunene å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine tjenester slik at omfang og innhold er i samsvar med loven, og å sikre nødvendig kompetanse. Det er heller ikke gitt føringer om hvem eller på hvilket nivå i kommunen vurderingen av kompetanse skal skje. Det kan ikke anses forenlig med de utfordringer samhandlingsreformen vil gi kommunene når disse får et økt ansvar for å håndtere et større antall av brukere og pasienter med sammen-

satte og kompliserte tilstander og diagnoser. Kommunene er svært ulike når det gjelder størrelse, egenart og ikke minst, økonomisk handlingsrom. Allerede i dag møter innbyggere i landets kommuner et svært ulikt helse- og omsorgstilbud. Vi vurderer at en konkretisering av tjenestenes innhold i forskrifts form derfor er nødvendig for å unngå økte forskjeller mellom kommunene».

Flere høringsinstanser frykter også for at økonomiske hensyn vil kunne veie tyngre enn kvalitet og profesjonell standard i tjenesteytingen. *Helsedirektoratet* er blant annet bekymret for om kommunene i en presset ressursituasjon vil nedprioritere de oppgavene som ikke tydelig er angitt i loven. *Norsk Epilepsiforbund* viser til at behovet for en sterkere lovfesting må ses i sammenheng med at nærmere 20 prosent av kommunene hadde kuttet i tilbudet bare ett år etter opphør av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Fylkesmannen og helsetilsynet i Buskerud har erfaring med at det er vanskelig for kommunene å forholde seg til forsvarlighetskravet som hjemmel for å sørge for tilstrekkelig fagkompetanse. Også *Helsedirektoratet* er usikker på om forsvarlighetskravet alene er egnet til å holde kommunens tjenestetilbud på et ønskelig nivå.

Legeforeningen og flere andre instanser anså at lovforslagene ville gjøre det vanskelig både for tjenesteytere og tjenestemottakere å identifisere hvilke tjenester søkere har rettskrav på, og hva slags funksjons- og helsesvikt som utløser retten til helse- og omsorgstjenester.

Barneombudet viser til at hensynet til rettssikkerhet, likhet og likeverd er viktige argumenter for en sterkere statlig styring.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon utdyper sitt syn slik:

«På så godt som alle andre samfunnsområder fastsettes nasjonale normer og standarder på tjenester kommunen skal tilby. Det er strenge krav til utdanning for lærere i ulike fag, pensumplaner for ulike klassetrinn, et uttall normer og krav til nye bygninger, strenge regler for hvordan arealplaner kan utarbeides. Men når det skal gjennomføres en omfattende revisjon av den kommunale helse- og omsorgssektoren er det bare fastlegeordningen som skal underlegges slike krav. Forøvrig skal det verken stilles spesifikke krav til tjenestenes innhold eller tjenesteyternes utdanning. FFO forstår ikke holdningen og frykter konsekvensene for brukerne».

Universitets- og høskolerådet er bekymret for negative konsekvenser for utdanning av helsepersonell ved at antallet praksisplasser reduseres. *Statens råd for likestilling av funksjonshemmede* har understreket at når lovforslaget ikke er tydelig på hva slags innhold og formål tjenestene skal ha, blir det vanskelig å avgjøre hva slags kompetanse som er nødvendig for å kunne gi de ulike tjenestene.

14.2.2.2 Profesjonsnøytralitet

Høringsinstansene er splittet i synet på om beskrivelsen av kommunens plikter skal gjøres så profesjonsnøytral som mulig.

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) mener at «(...) kommunene selv må avgjøre hvordan de løser organisering av sin helsefaglige kompetanse» og at «profesjonsnøytralitet bør være et bærende prinsipp i forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov». Dette synet støttes blant annet av et stort flertall av kommunene, *Delta*, *Fagforbundet*, *Helse Sør-Øst RHF – Brukerutvalget*, *Norsk Ergoterapeutforbund*, *Arbeidsgiverforeningen SPEKTER* og *Norsk Kiropraktorforening*.

Midt-Troms regionråd uttaler følgende:

«Kommunene opplever at samhandlingskulturen innafor de ulike profesjonsgruppene er noe ulikt utviklet, og at en del profesjoner fortsatt har vanskelig for å tenke utenfor eget fagmiljø, når de skal definere faglig kvalitet. De foreslåtte endringene i regelverket vil etter vårt syn føre til større fleksibilitet ift bemanningssammensetningen i helse- og omsorgstjenesten og vil også kunne stimulere til tverrfaglighet, samhandling og nye innovative løsninger. Kommunene vil også vise til at spesialisthelsetjenesten har vært regulert på samme måte i en årrekke, uten at denne profesjonsnøytraliteten har ført til at hvem som helst blir satt til å utføre helse-tjenester i helseforetakene».

Delta ser svært positivt på at det nå foreslås en profesjonsnøytral lovgivning og håper at det vil føre til økt fokus på den kompetansen som trengs for å løse oppgavene og hvordan denne kan videreutvikles. Organisasjonen understreker at det er tjenestenes innhold og kvalitet som skal være det sentrale. *Fagforbundet* mener profesjonsnøytraliteten ikke reduserer kravene til kompetanse og forsvarlighet, men vil i større grad ivareta orienteringen mot større tverrfaglighet. *Helse Sør-Øst RHF – Brukerutvalget* og *Norsk Ergoterapeutforbund*

anser at en mer overordnet og profesjonsnøytral angivelse av pliktene vil føre til at tjenestene organiseres etter brukernes og pasientenes behov, ikke etter personellens fagbakgrunn.

Statens helsetilsyn har påpekt at flere yrkesgrupper kan ha kompetanse til å yte mange av de samme tjenestene og at det avgjørende er at tjenestene som tilbys er av god nok kvalitet, gis i tilstrekkelig omfang og til rett tid. Det vises også til at det heller ikke i dag stilles krav om bestemte profesjoner i sosialtjenesteloven, men at forslaget vil ha betydning for tjenester som i dag ytes etter kommunehelsetjenesteloven.

Flertallet av høringsinstansene er imidlertid kritiske til å legge prinsippet om profesjonsnøytralitet til grunn. Dette gjelder blant annet *Helsedirektoratet*, *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)*, *Norsk Sykepleierforbund*, *Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte*, *flere fylkesmenn og helsetilsyn i fylkene*, *Hardangerrådet*, *Fellessorganisasjonen*, *Den norske jordmorforening*, *Landsforeningen for trafikkskadde*, *Statens seniorråd*, *Høgskolen i Vestfold* og *Norsk Psykologforening*.

Flere instanser er bekymret for at kommuner ikke vil tilby enkelte tjenester fordi de ikke plikter å sørge for at visse profesjoner er tilgjengelige. *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Sogn og Fjordane* frykter at «lova kan føre til at tidlegare lovpålagt fysioterapi-, jordmor-, helsesøster-, sjukepleiar- og andre tenester i kommunane ikkje lenger vert oppretthalde».

Norsk Sykepleierforbund har uttalt at den fagspesifikke kompetansen som utøves av andre enn leger må sikres og omtales gjennom et tydelig lovverk. Noe annet vil ifølge forbundet «først og fremst [...] ramme de pasientgruppene som det er fokus på i samhandlingsreformen; de som har sammensatte og komplekse hjelpebehov og stort behov for koordinerte tjenester, samt de som vil profitere på økt forebyggende og helsefremmende innsats». Foreningen synes også at «det er demotiverende og ødeleggende for ansvarlige yrkesutøvere og for kvaliteten å forsøke å fjerne forskjeller mellom fag og ansvarsroller i tjenestetøyelse og i samhandlingsprosesser». *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Rogaland* har uttrykt frykt for at avprofesjonaliseringen vil medføre at kvalifisert personell opplever det som mindre attraktivt å arbeide i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon har ikke støttet forslaget om profesjonsnøytralitet og har vist til at dette ikke er akseptabelt for de pasientene som trenger særskilt faglig kompetent bistand. Organisasjonen frykter også at kommu-

nene fortsatt vil nedprioritere viktige habiliterings- og rehabiliteringstjenester, og at dette vil føre til fremvekst av private alternative tilbud mange funksjonshemmede og kronisk syke ikke vil ha råd til å benytte. *Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)* har vist til at mange utviklingshemmede opplever at de ikke får de tjenestene de har krav på fordi tjenesteyter ikke har nødvendig kompetanse på dette spesielle feltet. *Landsforeningen for trafikkskadde* frykter at profesjonsnøytralitet vil føre til en forsterkning av at brukerne må være ressurssterke for å kunne orientere seg om sine rettigheter og få det de har krav på.

Fellessorganisasjonen er bekymret for at kommunene vil kunne legge seg på et minimumsnivå i fastsetting av kompetansekrav, og har spesielt påpekt at det i en fremtid med mangel på helse- og sosialutdannet personell vil være et press på kommunen for å ansette billig og ufaglært personell. *Fylkesmannen og helsetilsynet i Buskerud* har synliggjort tilsvarende vurderinger.

Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge og NTNU har understreket at det bør være sammenheng mellom utdanning, kompetanse, forskning og lovpålagte oppgaver:

«Skal kommunehelsetjenesten også være en utdanningsarena må det sikres at kommunene har kompetente fagpersoner som veiledere og rollemodeller. Dette er dessuten også viktig for rekruttering til helsetjenesten. Det er et paradoks at i tett samarbeid mellom helsetjenesten og utdanningsinstitusjonene lages det utfyllende planer for utdanning, for å sikre at utdanning av helsepersonell har relevant kompetanse, mens deres kompetanse ikke etterspørres eksplisitt i lovverket som skal sikre at innbyggerne i en kommune får nettopp disse tjenestene.»

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet uttaler følgende:

«Det vil være svært alvorlig dersom bestemte arbeidsoppgaver og tjenester utføres av personer som ikke har de formelle kvalifikasjoner til å utføre tjenestene. Dette kan potensielt ha alvorlige konsekvenser for pasienter og brukere. BLD ber HOD sikre at det ikke kan dispenseres fra nødvendige krav til kvalifikasjoner for ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. BLD kan ikke se at dette er tilstrekkelig ivaretatt i det foreslåtte regelverket.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag peker på at noen av dagens tjenester har profesjonsforskrifter, for eksempel forskrift om sykepleietjeneste og forskrift om fastlegeordningen, og at det ikke virker naturlig å videreføre disse i samme form.

Helsedirektoratet har tro på at kommunene i stor grad vil finne gode lokale løsninger både med hensyn til tjenesteutforming og ved større variasjon i kompetansen som trekkes inn. Imidlertid mener *Helsedirektoratet* at helse- og sosialfaglig kompetanse står i en særstilling i helse- og omsorgstjenestene og direktoratet har blant annet uttalt:

«Særlig etablering av lokalmedisinske sentre vil stille store krav til personell og kompetanse. Det er derfor etter vårt syn behov for forskriftshjemler for å kunne stille konkrete krav til både innhold, kvalitet, kapasitet og kompetanse. At det stilles nasjonale krav vil også bidra til at kvaliteten på de nye tilbudene blir gode og likeartede.»

Helsedirektoratet mener at fysioterapitjenesten og sykepleietjenesten, herunder helsesøster- og jordmortjenesten bør forankres tydeligere i loven eller forskriftsfestes, og har vist til at dette er viktig i den nye kommunerollen som samhandlingsreformen legger opp til, der det blant annet skal gis tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold. Flere instanser har støttet dette synet.

Statens helsetilsyn har uttrykt bekymring for at forslaget om profesjonsnøytralitet kan skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse ved utførelse av enkelte tjenester og har derfor foreslått en tydeliggjøring:

«Kommunene har allerede i dag krevende faglige oppgaver og det foreliggende lovforslaget tar sikte på å øke oppgavene både i omfang og kompleksitet. Dette innebærer at kommunen trenger nødvendig fagkompetanse både til tjenestene som skal ytes og til å vurdere hva som mangler av kompetanse for å løse helse- og omsorgsoppgavene. Tjenestene bør derfor, enten i lov eller i forskrift, gis et så tydelig innhold at det kan avledes hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgavene. For enkelte tjenester bør det også vurderes om det i forskrifts form bør konkretiseres kompetansekrav, på tilsvarende eller tilnærmet måte som gjeldende forskrift om legemiddelhåndtering».

Blant de som viser til eller deler dette synet er *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*, *Legeforeningen*, *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon*, *Norsk fysioterapiforbund*, og *Barneombudet*. Også instanser som i utgangspunktet er positive til en mer overordnet og profesjonsnøytral utforming av de kommunale pliktene har sett et behov for å presisere hvilken kompetanse som kreves. Dette gjelder blant annet *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold*, *Helse Nord RHF* og *Tromsø kommune*.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Rogaland har påpekt at det ikke stilles kompetansekrav til dem som skal vurdere hvilken kompetanse som er nødvendig for å yte forsvarlige tjenester. *Høgskolen i Vestfold* deler oppfatningen og har uttalt at «det er bekymringsfullt at en virksomhetsleder uten tilstrekkelig helsefaglig bakgrunn skal kunne definere og spesifisere behov for arbeidskraft som skal ivareta pasienters ulike behov». *Statens råd for likestilling av funksjonshemmede* foreslår at regelverket bør «si noe om hvilken instans (nivå) som skal vurdere hva slags type kompetanse kommunen trenger». *Norsk fysioterapiforbund* har foreslått at kommunens ansvar for å vurdere kompetansebehovet opp mot de faglige utfordringene i tjenesten tydeliggjøres enten i den nye loven eller i forskrift.

14.2.3 Departementets vurderinger og forslag

14.2.3.1 To tilnærminger

Det er to prinsipielt forskjellige tilnærminger til utformingen av kommunens tjenesteplikter på helse- og omsorgsområdet.

Et alternativ er å gi kommunen stor frihet til selv å fastsette innhold og ta stilling til kompetansebehov. Dette oppnås ved å gi få og generelle pliktbestemmelser på overordnet nivå.

Motstykket er å regelfeste mer spesifikke nasjonale krav til hvilke tjenester kommunene skal yte, kvalitetsnivået og nødvendig kompetanse. Dette oppnås ved å gi flere og mer differensierte pliktbestemmelser i lov og forskrift.

Fordelene med å gi kommunene stor frihet er blant annet at:

- tjenestene kan tilpasses lokale forhold og behov ettersom kommunen er nærmest tjenestemottakeren
- kommunen bedre kan legge til rette for effektiv tjenesteproduksjon og slik hjelpe flere med bedre tjenester
- tjenestene kan tilpasses i takt med endringene i fag og metode, brukernes behov, organisering og økonomiske rammebetingelser

- det ivaretar hensynet til demokratisk styring

Fordelene med å gi mer spesifikke nasjonale føringer (tydelige krav i lov og forskrift) er blant annet at:

- den enkelte pasient og bruker lettere kan identifisere sine rettigheter og å kreve sin rett
- det blir bedre forutsigbarhet for pasientene og brukerne
- det blir enklere for kommunen å vite hvilke oppgaver som må prioriteres, noe som kan være en særlig fordel for mindre kommuner
- tjenestetilbudet i mindre grad vil variere fra kommune til kommune
- det vil legge bedre til rette for en effektiv og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste på tvers i kommunen og mellom forvaltningsnivåene, ettersom dette forutsetter et veldefinert kommunalt tjenestetilbud

I dag er kommunenes plikt til å yte helse- og omsorgstjenester regulert blant annet ved generelle plikt- og ansvarsbestemmelser på overordnet nivå, opplisting av konkrete tjenester kommunen skal tilby og opplisting av enkelte profesjonsspesifikke tjenester. Den enkelte pasient eller brukers rettigheter vil også indirekte bestemme hvilke plikter kommunen er pålagt, jf. for eksempel pasientrettighetsloven § 6-1 om barns rett til helsekontroll. I gjeldende lov er det derfor inntatt elementer av både overordnede beskrivelser og detaljerte krav.

14.2.3.2 Valg av modell

Velferdsstaten bygger på idealet om en nasjonal minstestandard når det gjelder helse- og omsorgstjenester for alle borgere, uavhengig av hvor de bor. Dette idealet er det et rettslig og politisk ansvar for de sentrale myndigheter å ivareta, også for tjenester som er lagt ut til kommunene. I motsetning til overfor spesialisthelsetjenesten har departementet ikke direkte innflytelse over kommunenes prioriteringer og utforming av tjenestetilbud gjennom eierstyring. Nasjonale ønsker vedrørende prioriteringer og utforming av tjenestetilbudet må derfor formidles gjennom lov og forskrift, avtaler og økonomiske virkemidler. Dette kan tale for at kommunens lovpålagte oppgaver bør utformes på et mer detaljert nivå.

Departementet valgte i høringsforslaget å legge størst vekt på de fordelene som kunne oppnås ved å gi kommunene en relativt stor grad av frihet. Tjenestepliktene ble derfor utformet på et overordnet og generelt nivå i lovteksten. Det ble

ikke, med unntak av fastlegeordningen, stilt krav om profesjonsbestemte tjenester. Departementets høringsforslag søkte å ivareta hensynene til forutsigbarhet, brukernes rettssikkerhet, tilnærmet like tjenestetilbud og god kvalitet på tjenestene ved blant annet å foreslå presisering av forsvarlighetsbegrepet, nye bestemmelser om kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, samt ulike forskriftshjemler for krav til tjenestenes innhold. Helsedirektoratet ble også gitt formalisert kompetanse til å gi faglige retningslinjer.

Som nevnt har kommunene gitt bred støtte til denne tilnærmingen i sine høringsuttalelser. Et stort flertall av høringsinstansene, anført av faginstanser som Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn, brukerorganisasjoner og flere profesjonsorganisasjoner, har imidlertid vært kritiske til valget av modell. Disse ønsker en større grad av spesifisering av kommunens tjenesteplikter, enten i lov eller i forskrifter. Hensynet til pasientenes evne til å hevde sine rettigheter, et likere tjenestetilbud og opprettholdelse av et kvalitativt godt helse- og omsorgstilbud har vært avgjørende for disse høringsinstansene. De generelle bestemmelsene om forsvarlighet, kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet har ikke blitt ansett som tilstrekkelige for å sikre dette.

Ved utforming av regelverket har departementet tatt utgangspunkt i retningslinjer for utforming av statlig regelverk overfor kommunesektoren som ble fastsatt av Regjeringen Bondevik II i 2002, og videreført av Regjeringen Stoltenberg II. Ifølge disse retningslinjene bør det ikke innføres detaljerte regler om hva kommunene plikter å tilby. Ved utformingen av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, må det foretas en avveining mellom nasjonale hensyn som kan begrunne statlig styring og hensyn som begrunner lokal handlingsfrihet. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene gis og organiseres.

Departementet holder fast ved at kommunal frihet og en overordnet angivelse av tjenestetilbudet bør være det klare utgangspunktet i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. De oppgavene kommunene er pålagt etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal videreføres. Lovforslaget skal følgelig ikke medføre noen innskrenkning av de kommunale oppgaver i forhold til gjeldende rett. Samtidig ønsker departementet å legge forholdene til rette for at kommunene skal kunne stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester i samsvar med lokale forhold og behov. Etter departementets

oppfatning følger det av intensjonen i samhandlingsreformen at loven skal legge til rette for at kommunene i større grad selv kan organisere sine tjenester på en måte som sikrer at det kan foretas en helhetlig og integrert vurdering av den enkeltes behov, og at kommunen på bakgrunn av denne vurdering kan sikre en helhetlig og integrert helse- og omsorgsfaglig oppfølging og behandling. Innenfor sine rammer må kommunene være forpliktet til å yte et forsvarlig og adekvat tjenestetilbud på basis av den enkeltes behov. Lovforslaget bør også ta høyde for at samhandlingsreformens innretting innebærer at strukturelle endringer vil innføres gradvis, som følge av kompetanseoppbygging mv. Kommunenes ansvar bør derfor kunne beskrives innenfor et utviklingsløp som er tilpasset fremtidige endringer i oppgavefordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Det vil være uheldig ved lov å binde opp den enkelte kommune til særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger. Det sentrale må være at den enkelte kommune har et faglig forsvarlig tjenestetilbud som oppfyller de minstepandarder som gjelder innenfor sektoren. Lovteksten bør også ha en fleksibilitet i utformingen som gjør at kommunens ansvar ikke vil være innskrenket av om det skjer faglig og metodisk utvikling, for eksempel som følge av teknologiske endringer som kan medføre at flere oppgaver kan løses i kommunen.

I kapittel 46 omtaler departementet bruk av forskriftskompetansen og behovet for evaluering av loven. Det fremgår der at utviklingen i kommunenes tjenestetilbud skal følges nøye ved en evalueringsprosess. En jevnlig kontroll av lovens konsekvenser vil kunne fange opp en uønsket utvikling i tjenestetilbudet og danne grunnlag for å igangsette egnede tiltak, for eksempel forskriftsarbeid for spesielt utsatte tjenester.

Lovforslaget åpner for at innholdet i de overordnede bestemmelsene senere kan utdypes i forskrifter. Departementet foreslår hjemler i lov til å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene (§ 3-2 andre ledd) og nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav (§ 3-2 fjerde ledd). Departementet har derfor anledning til å følge situasjonen nøye og å fastsette mer presise krav dersom det skulle vise seg nødvendig for å ivareta hensynet til et variert tjenestetilbud av god kvalitet som oppleves som tilgjengelig for brukere og pasienter. Med de hjemlene som foreslås, vil departementet kunne igangsette forskriftsarbeid uavhengig av en

lovendring. Departementet mener at en slik sikkerhetsventil vil imøtekomme mange av høringsinstansenes motforestillinger mot en mindre detaljert tjenesteoversikt i lov. Departementet viser også til forslag til lovbestemmelser som skal redusere usikkerhet knyttet til profesjonsnøytralitet i punkt 14.2.3.3 nedenfor.

På bakgrunn av høringsrunden, ser departementet imidlertid at det kan være grunn til å endre balansen noe i retning av nasjonale føringer og mer detaljerte krav på enkelte områder. Departementet drøfter dette nærmere i kapittel 15 og foreslår der blant annet uttrykkelig å innta følgende etterspurte tjenestebeskrivelser i loven: «Legevakt», «helsetjenester i hjemmet», «plass i institusjon, herunder sykehjem» og «personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt».

På denne bakgrunn anser departementet at en generell lovgivningsteknikk, kombinert med de mulighetene som ligger i forskriftsverket, vil ivareta en god balanse mellom hensynet til lokal handlefrihet og brukernes behov for gode helse- og omsorgstjenester. Departementet foreslår derfor en lovregulering som i mindre grad enn i dag lister opp kommunens konkrete tjenester og oppgaver i lovteksten, jf. lovforslaget § 3-2.

14.2.3.3 Særlig om profesjonsnøytralitet

Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenestene er av omfattende karakter, og samlet sett er det kommunale tjenestetilbudet komplekst og sammensatt. Skal ansvaret utøves på en forsvarlig og adekvat måte, vil det kreve tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse. Samtidig må tjenestene organiseres på en slik måte at innbyggerne gis tilstrekkelig bistand når de har behov for det og på den måten innbyggerne har behov for.

En detaljert opplisting av enkelte profesjonsgrupper i loven vil kunne gi inntrykk av en prioritering som kan være uheldig, for eksempel for pasient eller brukergrupper med særskilt behov for tjenester fra profesjonsgrupper som ikke er opplistet i loven. Lovteknisk vil en opplisting gjøre lovgivningen mer sårbar overfor samfunnets endrede fokus på ulike oppgaver eller utfordringer og den generelle utviklingen av tjenestetilbudet.

Som det vil fremgå har departementet på denne bakgrunn foreslått en lovregulering som i stor grad er profesjonsnøytral. Etter helsepersonelloven § 48 er det 29 autoriserte helsepersonellgrupper og departementet mottar med jevne mel-

lomrom henvendelser fra andre personellgrupper som i varierende grad arbeider innefor helse-tjenesten og som også ønsker autorisasjon som helsepersonell i henhold til helsepersonelloven. De 29 gruppene som er autorisert er:

- a. ambulansearbeider
- b. apotektekniker
- c. audiograf
- d. bioingeniør
- e. ergoterapeut
- f. helsefagarbeider
- g. fotterapeut
- h. fysioterapeut
- i. helsesekretær
- j. hjelpepleier
- k. jordmor
- l. kiropraktor
- m. klinisk ernæringsfysiolog
- n. lege
- o. omsorgsarbeider
- p. optiker
- q. ortopediingeniør
- r. ortoptist
- s. perfusjonist
- t. psykolog
- u. radiograf
- v. sykepleier
- w. tannhelsesekretær
- x. tannlege
- y. tannpleier
- z. tanntekniker
- æ. vernepleier
- ø. provisorfarmasøyt
- å. reseptarfarmasøyt

I tillegg arbeider en rekke andre personellgrupper innenfor dagens sosialtjenestelov. Her gjelder det ikke noen egen autorisasjonsordning for disse personellgruppene.

De 29 gruppene som er autorisert etter helsepersonelloven, samt ytterligere personellgrupper som uten autorisasjon arbeider innenfor helse- og omsorgstjenesten, for eksempel barnevernspedagoger og sosionomer, kan på ulikt vis være like viktige for den enkelte pasient eller bruker som mottar helse- og omsorgstjenester. I en tjenestelov som departementet nå foreslår vil det derfor både være uheldig, og gi en skjev fremstilling, dersom enkelte personellgrupper skal nevnes særskilt i lovtekst. Som det vil fremgå er den eneste profesjonsangivelsen i lovforslaget § 3-2 knyttet til bruk av begrepet «fastlegeordningen», jf. bestemmelsens første ledd nr. 4. Dette er betegnelsen på en etablert organisasjonsmodell som skal videre-

føres, og bruk av begrepet «lege» vil i denne sammenheng være nødvendig.

Departementet vil påpeke at dersom kommunen bindes opp med bestemte profesjons- eller bemanningskrav, vil det kunne komme til fortrengsel for andre personellgrupper som også kan dekke aktuelle funksjoner på en forsvarlig måte. Hensynet til å bygge opp en tjeneste basert på lokale behov tilsier at kommunen fortløpende selv må avgjøre hva slags personell de vil ha behov for. Imidlertid vil bestemmelsene om faglig forsvarlighet i tjenesten, samt alternativ behandlingsloven som forbeholder enkelte medisinske oppgaver til autorisert helsepersonell, legge klare føringer på kommunen, og sikre at tjenesten bemannes med kvalifisert personell. Dette er en lovteknikk som også er lagt til grunn ved reguleringen av spesialisthelsetjenesten.

Departementet har merket seg at et flertall av høringsinstansene uttrykker bekymring for at forslaget om profesjonsnøytralitet kan skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse ved utførelse av enkelte tjenester, og at det er behov for en tydeliggjøring. Statens helsetilsyn har bedt om at tjenestene, enten i lov eller i forskrift, gis et så tydelig innhold at det kan avledes hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgavene. Flere instanser har også uttalt at det for enkelte tjenester bør vurderes om det i forskrifts form bør konkretiseres kompetansekrav. I høringsnotatet foreslo departementet lovbestemmelser som nettopp gir hjemmel til å fastsette forskrifter om krav til tjenestenes «innhold». Det fremgikk imidlertid ikke tydelig at det med hjemmel i disse bestemmelsene også kunne gis forskrifter om kompetansekrav. Departementet tar derfor høringsinstansenes ønske om forskriftshjemmel til følge og foreslår at det i lovforslaget § 3-2 andre ledd uttrykkelig skal fremgå at departementet kan gi forskrifter om krav til innhold i tjenestene, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Som det fremgår av kapittel 46 legger departementet også opp til evaluering av loven. Et sentralt element ved en slik evaluering vil være å avklare om en mindre profesjonsspesifikk lovregulering og mindre detaljert regulering av kommunens måte å organisere de ulike tjenestene på, har medført en nedprioritering av tidligere lovpålagte profesjonsspesifikke tjenester eller om manglende profesjonsangivelse i loven har medført at kommunene velger å ansette personell uten nødvendig fagkompetanse innefor ulike deltjenester. Dersom evalueringen bekrefter en slik utvikling vil departementet vurdere egnede tiltak. Det vises her til

kapittel 46 for nærmere omtale av evaluering av loven.

Flere høringsinstanser, herunder Statens helsetilsyn og Norsk fysioterapiforbund, har pekt på at loven ikke uttrykkelig regulerer hvem som skal ta stilling til hvilken kompetanse som er nødvendig for at kommunene kan yte forsvarlige og gode helse- og omsorgstjenester. Departementet viser til at det vil være kommunene som er ansvarlige for å besitte tilstrekkelig fagkompetanse til å vurdere hva som skal til for å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester, herunder hvilke kompetansekrav som skal stilles til personellet. Dette er også tilfellet i dag for de tjenestene som ikke er profesjonsspesifikt angitt i loven. Departementet deler imidlertid oppfatningen av at dette ansvaret bør omtales uttrykkelig i loven, og foreslår derfor å innta en bestemmelse i § 4-1 første ledd, bokstav d som tydeliggjør kommunens ansvar for å sørge for tilstrekkelig fagkompetanse i de ulike tjenestene. Departementet foreslår videre hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om ansvaret jf. bestemmelsens andre ledd.

14.3 Om rammene for kommunens plikter

Kommunene skal etter lovforslaget § 3-1 sørge for *nødvendige helse- og omsorgstjenester* for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. nærmere om dette i proposisjonens kapittel 12. Det følger av dette at den kommunale helse- og omsorgstjeneste både skal drive forebyggende arbeid og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov. Selv om ansvaret først og fremst er å sikre at aktuelle tjenester er tilgjengelige, innebærer det også i praksis ansvar for drift, organisering og finansiering av en rekke tjenester, innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg. Innbefattet i begrepet «helse- og omsorgstjenester» ligger også ansvaret for å yte tjenester av mer sosialfaglig art. Dette omfatter blant annet praktisk bistand og opplæring til de som har behov for særlig hjelp i hjemmet. I tillegg skal kommunen blant annet tilby personlig assistanse, avlastning og institusjonsopphold.

Det er den enkelte kommune som har ansvaret for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Den enkelte kommune kan selv avgjøre om den ønsker å produsere disse tjenestene selv, eller kjøpe tjenester av andre private eller offentlige tjenesteytere. Skal kommunene kunne yte tjenes-

tene på et forsvarlig nivå, vil ressurs hensyn kunne tilsi at flere kommuner inngår samarbeid om disse tjenestene. Det vises til proposisjonens kapittel 27 hvor dette er nærmere omtalt.

Spørsmålet om hva som skal anses som nødvendige tjenester, må ses i sammenheng med kravet til *forsvarlige tjenester*. Departementet viser i den forbindelse til proposisjonens kapittel 20 hvor forsvarlighetskravet er nærmere diskutert. Departementet viser også til kapittel 21 hvor det er diskutert krav til arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. I denne sammenheng skal det kun påpekes at kravet til faglig forsvarlige tjenester er en rettslig standard som kan sies å bestå av tre hovedelementer: Tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Det er en nær sammenheng mellom begrepet «nødvendig helse- og omsorgstjeneste» og kravet til faglig forsvarlighet. Den helse- og omsorgstjeneste som ytes, skal alltid være forsvarlig, og ansvaret for dette er for helsepersonell plassert på individnivå gjennom helsepersonelloven § 4. Men det gjelder også et krav til forsvarlighet på virksomhetsnivå: Den aktuelle tjeneste skal være tilgjengelig for dem som etter loven har krav på den.

Normen for kvalitet og tilgjengelighet vil imidlertid kunne variere, avhengig av hvilken type tjeneste det dreier seg om, og herunder med hvor viktig det er for tjenestemottakers helse og velferd at denne gis. At det gjelder et slikt forsvarlighetskrav på virksomhetsnivå følger allerede i dag forutsetningsvis av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a om at «Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.» Departementet viser i den forbindelse også til kommunehelsetjenesteloven § 6-3 første ledd om at Statens helsetilsyn skal føre medisinskfaglig tilsyn med at kommunen fremmer helsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte. Etter bestemmelsens tredje ledd kan Statens helsetilsyn også gi pålegg om å rette på forholdene dersom virksomhet innen helsetjenesten i kommunen drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten er forsvarlighetskravet nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

«Nødvendig helse- og omsorgstjeneste» er en sammensatt standard som må ses i sammenheng med begrepet «nødvendig helsehjelp» i pasientrettighetsloven § 2-1. Avgjørelsen av hva som er «nødvendig» i denne sammenheng, må skje på grunnlag av i hvert fall tre ulike avveininger; av

hensynet til hva som er helsefaglig og sosialfaglig nødvendig å gjøre for den enkelte, som en avveining av individets behov og fellesskapets behov og ressurser, og ut fra en vurdering av hensynet til rettferdig fordeling mellom mennesker med sammenlignbare behov. En tolkning av begrepene «nødvendig helse- og omsorgstjeneste» og «nødvendig helsehjelp» må imidlertid ta utgangspunkt i en faglig forståelse, der «nødvendig» først og fremst refererer seg til den enkeltes nød, se punkt 29.5 hvor det er redegjort nærmere for dette. Departementet vil også understreke at de tjenester som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige.

I henhold til pasientrettighetsloven § 2-1 tredje ledd første punktum har pasienten rett til «nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten. Selv om ordlyden er den samme som rettigheten overfor kommunehelsetjenesten etter bestemmelsens første ledd, er det i forhold til spesialisthelsetjenesten innført en ressursbegrensning, jf. § 2-1 tredje ledd andre punktum om at retten bare gjelder «dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.» Selv om tilsvarende begrensning ikke er lovfestet overfor kommunehelsetjenesten, må det likevel innfortolkes en slik begrensning. Som nevnt er det en nær sammenheng mellom begrepet «nødvendig helse- og omsorgstjeneste» og kravet til faglig forsvarlighet. Selv om det innfortolkes en viss begrensning i kommunens plikt til å tilby tjenester, vil kommunen ikke kunne gå under den norm som følger av kravet til forsvarlighet, jf. Rt. 1990 s 874, Fusa-dommen. I dommen kom Høyesterett til at en sterkt funksjonshemmet kvinne hadde rett til hjemmesykepleie og hjemmehjelp fra kommunen. Dommen fastslo retten til et forsvarlig minstenivå av nødvendig hjelp fra kommunehelsetjenesten og at kommunens økonomi ikke kunne tillegges vekt når lovens minstestandard skulle fastlegges. Departementet viser også til proposisjonens kapittel 20 hvor det er redegjort nærmere for forsvarlighetsplikten.

Begrunnelsen for at ressurs hensynet må tas med i vurderingen av hva som ligger i standarden «nødvendig helse- og omsorgstjenester», ligger i organiseringen og finansieringen av vårt offentlige tjenestetilbud. Befolkningen må kunne forvente at de kommunale tjenestene har som mål å være «heldekkende», at kommunene faktisk yter de viktigste tjenestene. Samtidig må det være akseptabelt at visse tjenester ikke inngår i tilbudet, så lenge det er kjent hvilke disse er, og avgjø-

relsen om ikke å inkludere dem er fattet på et forsvarlig grunnlag.

Hvor langt kommunenes ansvar strekker seg vil også måtte avgrenses mot spesialisthelsetjenestens ansvar. Departementet viser i den forbindelse til sørge-for-ansvaret som foreslås fastsatt i lovforslaget § 3-1, og hvor det i bestemmelsen fjerde ledd fastslås at kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organisert helse- og omsorgstjeneste «som ikke hører under stat eller fylkeskommune», jf. i den forbindelse dagens kommunehelsetjenestelov § 1-1 andre ledd. Det kommunale ansvaret foreslås altså fortsatt negativt avgrenset ved at det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester skal omfatte de offentlig organiserte tjenestene som ikke hører inn under stat (som har ansvar for spesialisthelsetjenester) og fylkeskommune (som har ansvar for tannhelsetjenester). Kommunens ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester må derfor i denne sammenheng blant annet forstås i lys av den samlede organisering av helse- og omsorgstjenesten i landet.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 gjelder loven for «spesialisthelsetjenester» som tilbys eller ytes i riket av staten eller private. Lovens saklige virkeområde er altså definert gjennom begrepet «spesialisthelsetjeneste» som ikke svarer til et presist medisinsk begrep. Spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den type helsetjenester som man ut fra helsefaglige eller samfunnsøkonomiske vurderinger ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivå. Til tross for at spesialisthelsetjeneste ikke naturlig omfatter alle de tjenester helseforetakene er pliktige til å yte, og også vil kunne sies å omfatte noen av de tjenestene som kommunen også yter, har lovgiver lagt til grunn at dette likevel er det begrep som nærmest beskriver helseforetakenes ansvar. I praksis er innholdet i «spesialisthelsetjenesten» klarere enn det begrepet i seg selv gir inntrykk av. Oppgaver har i årenes løp blitt definert som enten spesialisthelsetjeneste eller primærhelsetjeneste, og begrepet må derfor sees i sammenheng med den faktiske oppgavefordeling mellom nivåene. Den faglige og teknologiske utvikling vil over tid ha innvirkning på grensen for hva som naturlig inngår som en del av de enkelte forvaltningsnivåenes ansvarsområde, og det kan tidvis være uklarhet eller uenighet om hvor grensen til enhver tid går.

Et område hvor det kan oppstå tvil om ansvarsfordelingen gjelder såkalt utskrivingsklare pasienter i sykehus. Etter gjeldende rett er det kommunene som har ansvaret for disse pasientene. Det

har imidlertid vært uklarerheter knyttet til kriteriene for når en pasient er å anse for utskrivningsklar. Spesialisthelsetjenestens bruk av begrepet «utskrivningsklar» har ikke alltid korrespondert med kommunenes bruk av begrepet «mottaksklar». I praksis har det derfor oppstått en gråsoner når det gjelder ansvarsfordelingen for disse pasientene. Departementet viser til proposisjonens kapittel 40 hvor problematikken knyttet til faglig ansvar og finansiering av utskrivningsklare pasienter diskuteres nærmere.

Gjennom lov- og forskriftsregulering vil det neppe være mulig å angi en helt presis avgrensning av henholdsvis spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvarsforhold. Grensen mellom forvaltningsnivåenes ansvarsområde vil til en viss grad fortsatt måtte inneholde en gråsoner.

Som nevnt ovenfor vil ressurs hensyn tilsi at visse tjenester ikke omfattes av kommunenes plikt til å yte eller tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ikke alle skader og ulemper mennesker utsettes for kan sies å være et offentlig ansvar. Kommunens ansvar for å yte tjenester må derfor avgrenses i forhold til det som må anses for å være den enkeltes ansvar for egen helse og velferd. For ytterligere å definere og tydeliggjøre begrepet «nødvendig helse- og omsorgstjenester» foreslås det i lovforslaget en nærmere angivelse av de oppgaver som typisk faller inn under begrepet, jf. lovforslaget § 3-2 første ledd og omtale i kapittel 15.

14.4 Særlig om privat virksomhet i kommunehelsetjenesten

14.4.1 Gjeldende rett og forslaget i høringsnotatet

Kommunehelsetjenesteloven § 4-1 første og andre ledd bestemmer at allmennpraktiserende lege, fysioterapeut, jordmor samt andre som vil drive privat helsevirksomhet må ha avtale med kommunen dersom utgifter til helsehjelp skal kunne godtgjøres av kommunen. I kommunehelsetjenesteloven § 4-2 fremgår det at dersom en kommune ønsker en ny privatpraktiserende lege, fysioterapeut eller jordmor, skal den kunngjøre at interesserte kan melde seg. Avtale skal inngås med den som er best skikket.

Det er ikke gitt noen generell lovbestemmelse med krav om offentlig utlysning ved ansettelse i kommunal sektor. Det følger likevel av det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet at hovedregelen er krav om utlysning av offentlige stillinger og at den best kvalifiserte søkeren skal få stillingen.

Sivilombudsmannen har i flere saker som gjelder tildeling av avtalehjemler lagt til grunn at det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet må gjelde også ved inngåelse av avtale med en selvstendig næringsdrivende. Videre er det lagt til grunn i Rt. 2009 s. 1319 at tildeling av avtalehjemmel er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 første ledd. Det vil si at forvaltningslovens regler om saksforberedelse, vedtak, klage og omgjøring kommer til anvendelse i saker som gjelder tildeling av avtalehjemmel.

Departementet foreslo ikke å videreføre disse bestemmelsene ettersom de ble vurdert som overflødige. Bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd om at slike avtaler ikke kan overdras ble foreslått videreført. Det samme ble § 5-1 andre ledd om kommunal utgiftsdekning.

14.4.2 Høringsinstansenes syn

Statens helsetilsyn viser til erfaring med at det er vanskelig for kommunene å ha kontroll med hvordan private virksomheter som yter tjenester etter avtale med kommunen, overholder kravene i lovgivningen i den daglige driften. Derfor foreslår tilsynet en egen bestemmelse som presiserer at private tjenesteytere med avtale med kommunen har et selvstendig ansvar for tjenestene «(...) og som tydelig beskriver hvilke plikter private virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har i forhold til overholdelse av denne loven, pasientrettighetsloven og annet lovverk». *Pensjonistforbundet* og *Rådet for psykisk helse* gir uttrykk for tilsvarende syn.

Norsk Fysioterapiforbund mener at rettsgrunnlaget for etablering av nye driftsavtaler etter forslaget ikke er like tydelig som i dagens lov, hvor fysioterapitjenesten er lovpålagt.

14.4.3 Departementets vurderinger og forslag

14.4.3.1 De privates ansvar

Departementet har merket seg at Statens helsetilsyn ønsker en mer direkte og tydelig regulering av hvilke plikter private virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har etter det nye lovforslaget, pasientrettighetsloven og annet lovverk.

Det har de senere år vokst frem noen private kommersielle virksomheter som etablerer hel-døgns bolig- og tjenestetilbud der kommuner i et stort geografisk område får tilbud om å kjøpe plasser for kortere eller lengre tidsrom. Tjenestene er

ikke formelt institusjonsorganisert, men gis som tilbud i «egen bolig» selv om borettingene er direkte tilknyttet tjenestetilbudet fra virksomheten. Disse virksomhetene har ikke nødvendigvis noen tilknytning til de kommunene de geografisk ligger, men har brukere fra mange kommuner. Beboerne er i stor grad personer som har krevende, omfattende og sammensatte tjenestebehov med betydelig innslag av rus, psykiatri, adferdsproblematikk mv. Ved kjøp av enkeltplasser kan det være krevende for kommunene å ha god oversikt over den daglige driften av en virksomhet som ligger utenfor kommunen.

Det følger av departementets forslag til ny lov § 3-1 femte ledd at kommunen kan velge å inngå avtale med private tjenesteytere om å yte helse- og omsorgstjenester som inngår i kommunens lovfestede ansvar. Slik videreføres gjeldende rett. Departementet understreker at kommunenes frihet til å inngå avtaler med private også ledsages av et ansvar for å følge opp og kontrollere om tjenestene leveres i tråd med avtalen. Kommunene må sørge for gode rutiner knyttet til dette.

Bestemmelsene i forslaget til ny helse- og omsorgstjenestelov gjelder også for private tjenesteytere, herunder kravene til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Dette følger av forslag til virekområdebestemmelse i § 1-2 hvor det fremgår at «loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen og private som har avtale med kommunen når ikke annet følger av loven her». Den enkelte avtale, sett i sammenheng med eventuelle rammeavtaler, vil naturlig nok måtte gi svar på hvilken del av kommunens ansvar som de private mer konkret skal bidra til å oppfylle. Etter departementets oppfatning vil også private ved avtaleinngåelsen regnes som kommunens medhjelpere, og derfor være forpliktet til å overholde de kravene som lovgivningen stiller til tjenestene. Pasientrettighetslovens bestemmelser om pasient- og brukerrettigheter vil også gjelde. Det enkelte helsepersonell, også privatpraktiserende leger, fysioterapeuter og jordmødre, er uansett forpliktet av helsepersonellovens krav til forsvarlig yrkesutøvelse. De virksomhetene som dette helsepersonellet virker i har en selvstendig plikt etter helsepersonelloven § 16 til å legge til rette for at helsepersonellet oppfyller sine forpliktelser. Tilsynslovens krav til internkontroll gjelder for øvrig også for disse virksomhetene.

I forbindelse med senere forskriftsarbeid vil departementet vurdere om det av hensyn til forutsigbarhet og praktiske behov bør forskriftsfestes mer detaljerte bestemmelser om de private virksomhetenes selvstendige ansvar.

Departementet foreslår å videreføre hjemmelen i kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd for å kunne gi forskrift om privat helsevirksomhet i kommunen. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen. Kravene til disse virksomhetenes tjenester bør i all hovedsak være de samme som til de virksomhetene som yter tjenester på vegne av kommunen. Hjemmelen foreslås videre presisert slik at det tydelig går frem at det kan stilles kvalitets- og funksjonskrav, jf. lovforslaget § 3-2 fjerde ledd.

14.4.3.2 Avtalekrav og overdragelse

Uavhengig om det er et krav i loven eller ikke, vil en kommune måtte inngå avtale med en selvstendig næringsdrivende eller et selskap dersom kommunen ønsker at disse skal yte helse- og omsorgstjenester for kommunen. Det er derfor ikke nødvendig med en lovregulering av at det skal inngås avtale, og en videreføring vil ikke bringe noe større klarhet i forventningene til de private tjenesteyterne. Folketrygdloven kapittel 5 regulerer hvilke tjenesteytere som kan kreve refusjon. Også av denne grunn er et krav om avtale i den nye loven overflødig. På denne bakgrunn foreslår departementet at kommunehelsetjenesteloven § 4-1 første og annet ledd med krav til avtale for at kommunene skal gi private tjenesteytere utgiftsdekning ikke videreføres. Kommunehelsetjenesteloven § 5-1 andre ledd foreslås videreført jf. lovforslaget § 11-1 tredje ledd.

Departementet anser at avtaler om å yte tjenester for det offentlige mot kompensasjon ikke skal omsettes i det private markedet. Selv om forbudet mot å overdra avtaler om å yte helse- og omsorgstjenester for kommunen kunne vært regulert i de enkelte avtalene, mener departementet at prinsippet er så viktig at det bør lovfestes, se forslag til ny lov § 3-1 femte ledd.

14.4.3.3 Tildeling av avtale

Kommunen vil uavhengig av bestemmelsene i ny helse- og omsorgstjenestelov måtte følge de alminnelige reglene for ansettelser og avtaleinngåelse. Ifølge det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet er hovedregelen krav om utlysning av offentlige stillinger og at den best kvalifiserte søkeren skal få stillingen. Disse kravene gjelder enhver yrkesgruppe i kommunal sektor, uavhengig av en lovfesting. Det er derfor etter departementets oppfatning heller ikke naturlig å lovfeste slike allmenngyldige forvaltnings- og kontraktsrettslige prinsipper i ny lov om helse- og omsorgs-

tjenester. Departementet er på denne bakgrunn kommet til at bestemmelsen i dagens kommunehelsetjenestelov § 4-2 første ledd ikke bør videreføres.

Med hjemmel i forslaget § 3-2 fjerde ledd kan det gis forskrifter om privat helsevirksomhet i kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav. I slike forskrifter vil det blant annet kunne regule-

res hvordan tildeling av avtalehjemler til fastleger og fysioterapeuter skal foregå og hvilke kriterier og avtalevilkår som skal gjelde. Det er imidlertid ikke tatt stilling til om eller i hvilken grad forskrifter skal erstatte sentrale avtaler om kunngjøring av ledig praksis, om fremgangsmåten ved valg blant søkere og om avtalevilkår. Lovforslaget gjør derfor ikke de gjeldende avtalene overflødige.

15 Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester – regulering av kommunens plikter

15.1 Innledning

Herværende kapittel 15 må sees i sammenheng med proposisjonens kapittel 13 hvor departementet har redegjort for gjeldende rett og kapittel 14 hvor departementet har vurdert enkelte overordnede problemstillinger knyttet til valg av reguleringsform, herunder overordnet og profesjonsnøytral lovregulering av kommunens plikter.

15.2 Kort om gjeldende rett

Som nevnt har departementet i proposisjonens kapittel 13 redegjort for gjeldende rett etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven består av en kombinasjon av rettighets- og pliktbestemmelser. I tillegg er det slik at kommunehelsetjenestelovens innhold må sees i sammenheng med de rettigheter som følger av annen relevant lovgivning, særlig pasientrettighetsloven.

Kommunen har ansvar for å organisere og yte tjenester som den er pålagt etter kommunehelsetjenesteloven, og står som hovedregel fritt til å bestemme hvordan oppgavene skal organiseres.

Kommunehelsetjenesteloven stiller flere krav til ansattes kompetanse og til organiseringen av tjenestene enn sosialtjenesteloven. Det vises til oppregningen av tjenester i kommunehelsetjenesteloven § 1-3, der det er bestemt at kommunen blant annet skal sørge for allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, sykepleie og jordmortjeneste. I denne opplistingen ligger det innbakt profesjonskrav til de som skal utføre tjenestene.

Kommunen kan organisere tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd.

Kommunen står som hovedregel fritt til å bestemme hvordan oppgavene etter sosialtjenesteloven skal organiseres. Reglene i sosialtjeneste-

loven § 4-2 innebærer et krav om at kommunene må ha et tilbud som omfatter de tjenestene som er listet opp i bestemmelsens bokstav a – d, men loven stiller generelt ikke uttrykkelige krav til organisering eller kompetanse hos tjenesteyterne. Unntak er de spesifikke kravene i lovens kapittel 4A (jf. for eksempel § 4A-9), plikt til å tilby praktisk bistand organisert som brukerstyrt personlig assistanse (jf. § 4-2 bokstav a) og plikt til å tilby lønn til personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid (jf. § 4-2 bokstav e).

Selv om ansvaret for enkelttjenester etter sosialtjenesteloven er lagt til kommunen, innebærer ikke det at kommunen selv må drive tjenestene. Det er lagt til grunn i loven at organiseringen og gjennomføringen av tjenestene kan skje av andre aktører enn det offentlige.

15.3 Forslag i høringsnotatet

Sammenlignet med dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven foreslo departementet i høringsnotatet en mer overordnet og profesjonsnøytral regulering av kommunens plikter. Samtidig ble det i høringsnotatet presisert at departementets forslag innebar videreføring av gjeldende rett hva angår kommunens plikt til å yte helse- og omsorgstjenester.

I høringsnotatets lovforslag § 3-2 første ledd ble kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester foreslått regulert på følgende måte:

«For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder:
 - a. opplysning, råd og veiledning
 - b. helsetjeneste i skoler og
 - c. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester,
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

- a. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
- b. medisinsk nødmeldetjeneste
- 4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
- 5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- 6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. hjemmetjenester,
 - b. heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon,
 - c. personlig assistanse og
 - d. avlastningstiltak.»

15.4 Generelt om høringsinstansenes syn

Et stort antall høringsinstanser har kommentert høringsnotatets forslag om regulering av kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester, jf. høringsforslaget § 3-2, og da særlig bestemmelsens første ledd.

På den ene side har mange høringsinstanser støttet departementets prinsipielle tilnærming om overordnet og profesjonsnøytral lovregulering av kommunens plikter. Det vises til at dette vil være sentralt for å sette kommunene i stand til å utforme en samlet helse- og omsorgstjeneste som passer sett hen til lokale forhold og behov.

På den annen side har også mange høringsinstanser vært kritiske til den foreslåtte lovregulering, blant annet under henvisning til at denne ikke lovpålegger kommunene å ha bestemte profesjonstjenester. I den forbindelse er det også kritisert at enkelte av de lovbegreper som er benyttet i lovforslaget ikke gir tilstrekkelig veiledning i forhold til hva begrepet er ment å skulle omfatte, herunder videreføre av gjeldende rett. For eksempel «hjemmetjenester» og «personlig assistanse».

I proposisjonens kapittel 14 har departementet diskutert overordnede prinsipper vedrørende lovfesting av kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester, herunder særlig problemstillinger knyttet til lovreguleringens detaljeringsgrad og profesjonsnøytralitet. Det er i den forbindelse også redegjort for en rekke høringsinstansers syn knyttet til dette. Departementets vurderinger og forslag i herværende kapittel knyttet til konkret regulering av kommunens plikter, må sees i sammenheng med departementets vurderinger og forslag i kapittel 14.

15.5 Departementets vurderinger og forslag knyttet til konkret regulering av kommunens plikter

15.5.1 Kort om rammene for kommunens plikter

I proposisjonens punkt 14.3 er det redegjort for rammene for kommunens plikter i henhold til lovforslaget og det vises til dette for en grundigere redegjørelse for departementets forslag.

I denne forbindelse vil imidlertid departementet kun vise til at det foreslås at kommunene skal få plikt til å sørge for «nødvendige helse- og omsorgstjenester». For ytterligere å definere og tydeliggjøre begrepet «nødvendig helse- og omsorgstjenester» foreslås det en nærmere angivelse av de oppgaver som typisk faller inn under begrepet, jf. lovforslaget § 3-2 første ledd.

Ovenfor under punkt 15.3 er høringsnotatets forslag til § 3-2 første ledd gjengitt. Det blir i det videre foretatt en gjennomgang av denne bestemmelsens ulike elementer. Blant annet på bakgrunn av innspill i høringsrunden vil departementet foreslå enkelte justeringer av lovbestemmelsen sammenlignet med det forslag som var inntatt i høringsnotatet.

Innledningsvis understrekes det at en slik oppstilling som her er foretatt både er en avgrensning av det kommunale ansvaret, og en nærmere beskrivelse av de tjenester kommunen skal tilby. Det er imidlertid viktig å være klar over at dette ikke er adskilte tjenester med klare grenser opp mot hverandre. En rekke tjenestene vil kunne falle inn under flere av de angitte nummerpunktene. Ordinære sykepleietjenester vil for eksempel kunne falle inn under alle nummerpunktene. Som et ytterligere eksempel vil ulike funksjoner/kompetanse som for eksempel fysioterapi og ernæring, kunne falle inn under flere av nummerpunktene, for eksempel forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering.

Mange tjenestemottakere som har et særskilt behov for at helse- og omsorgstjenestene samhandler, har det til felles at de har et behandlings- og omsorgsbehov som ingen av tjenesteyterne kan tilfredsstillere alene. Det er derfor viktig at tjenestene er lett tilgjengelige, individuelt tilpasset, helhetlige, koordinerte og sammenhengende. En av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. En viktig årsak til dagens utfordringer er at det i liten grad er strukturer og systemer som er rettet inn mot

helheten i den enkeltes behov. Når den enkelte har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester, er ikke gode deltjenester bra nok. En må også forutsette god samhandling mellom de ulike tjenestene. Dårlig eller manglende samhandling gjør at tjenestemottakerne fort opplever tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige og opplever overgangen mellom dem som problematisk. Det må derfor være et mål at tjenestemottakerne møter en helhetlig helse- og omsorgstjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige tiltakskjeder. For å oppnå dette er det av sentral betydning at helse- og omsorgstjenesten videreutvikler en faglig og organisatorisk kultur hvor de ulike faglige aktørene og organisatoriske enheter i større grad ser sine egne tjenester som en del av et mer integrert tjenestetilbud. I tillegg er det av sentral betydning at tjenestene er lett tilgjengelige i den forstand at den enkelte vet hvor han eller hun skal henvende seg for å få hjelp. I mange tilfeller vil det derfor kunne være hensiktsmessig å samle flere tjenester bak et felles mottaksapparat, både for å være lett tilgjengelig for den enkelte og for raskt å kunne tilrettelegge for et koordinert tjenestetilbud.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene bør derfor organiseres slik at kommunene er i stand til å gi den enkelte et koordinert og helhetlig tjenestetilbud. En av målsetningene med dette lovforslaget er derfor å legge til rette for økt samarbeid og samhandling mellom de ulike tjenestetøvere og profesjonsutøvere i den kommunale helse- og omsorgstjeneste, jf. i den forbindelse lovforslaget § 3-4 første ledd.

Som det fremgår av kapittel 14 foreslår departementet å utforme lovforslaget på en så profesjonsnøytral måte som mulig. I tillegg foreslås å gjøre lovforslaget så diagnoseuavhengig som mulig. Dette for å understreke kommunenes generalistansvar og for å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjeneste prioriterer ut fra behov og ikke ut fra alder, kjønn, diagnose etc. De oppgavene som er listet opp må derfor kunne ytes overfor mennesker med somatiske, psykiske og rusmiddelavhengige lidelser eller som står i fare for å utvikle slike.

I den videre drøftelse i dette kapittelet vil departementet som nevnt ta utgangspunkt i ovennevnte måte å gruppere kommunens plikt til å yte helse- og omsorgstjenester, jf. drøftelsene i punkt 15.5.2 til punkt 15.5.7. I tillegg vil departementet også diskutere enkelte helse- og omsorgstjenester som kjennetegnes av at de kan sies å falle innenfor

flere av de grupper som er nevnt ovenfor. Dessuten er det slik at enkelte av disse oppgavene/tjenestene tidligere har vært positivt angitt i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, jf. punktene 15.5.8 til 15.5.10.

I tillegg til ovennevnte generelle lovbestemmelse foreslås det i lovforslaget også egne bestemmelser om omsorgslønn og pasient- og brukeropplæring. Dette drøftes nærmere i punkt 15.5.12 og punkt 15.5.14.

I punkt 15.5.11 diskuteres helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Boliger til vanskeligstilte er diskutert i punkt 15.5.13 og ordningen med brukerstyrt personlig assistanse er diskutert i punkt 15.5.15. Transport av behandlingspersonell er diskutert i punkt 15.5.16.

15.5.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid

15.5.2.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet å lovfeste kommunens plikt til helsefremmende og forebyggende arbeid i lovforslaget § 3-2 første ledd nummer 1. Det ble vist til at lovbestemmelsen skulle tilsvare dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nummer 1 og også omfatte dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 4-1, jf. § 3-1.

Departementet foreslo at kommunens plikt til helsefremmende og forebyggende arbeid blant annet skulle omfatte opplysning, råd og veiledning (lovforslaget § 3-2 første ledd nummer 1 bokstav a), helsetjeneste i skoler (lovforslaget § 3-2 første ledd nummer 1 bokstav b) og helsestasjonstjeneste (lovforslaget § 3-2 første ledd nummer 1 bokstav c). Det ble i høringsnotatet presisert at kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende ansvar ville gjelde ovenfor både somatisk og psykisk lidelse.

Departementet viste videre til at lovforslaget § 3-2 første ledd nummer 1 var nærmere konkretisert i lovforslaget § 3-3 om kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Departementet påpekte i den forbindelse at helsefremmende og forebyggende tiltak kan og bør iverksettes i alle deler av helse- og omsorgstjenesten, noe som innebærer at blant annet fastleger, hjemmetjenesten, svangerskaps- og barselomsorgen vil ha et ansvar for å arbeide forebyggende i henhold til § 3-3.

15.5.2.2 Høringsinstansenes syn

Enkelte høringsinstanser har uttalt at den foreslåtte § 3-2 nr. 1 bokstav a kan oppfattes som en innskrenkning av sosialtjenesteloven § 4-1. *Helse- og omsorgsdepartementet* uttaler i sin høringsuttalelse:

«I departementets forslag er opplysning, råd og veiledning kun knyttet til det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det vises til dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 4-1 der det står at «Sosialtjenesten skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Kan sosialtjenesten ikke selv gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det.» Det vises til at det i høringsnotatet fremgår at forslaget er ment som en videreføring av gjeldende rett. Direktoratet ber departementet vurdere dette.

Likedan påpeker *Arbeids- og velferdsdepartementet*:

«Arbeids- og velferdsdepartementet er enig i Statens helsetilsyns høringsuttalelse om at det kan sees på som en innskrenkning av gjeldende rett at det å løse sosiale problemer ikke lenger fremkommer av bestemmelsen. Vi er videre enig med Statens helsetilsyns uttalelse om at plasseringen under «helsefremmende og forebyggende arbeid» er for snever, og vi støtter forslaget om at opplysning, råd og veiledning fortsatt bør reguleres i en egen bestemmelse.»

Også *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet* har påpekt dette.

En rekke høringsinstanser har støttet forslaget om lovfesting av helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste. *Helse- og omsorgsdepartementet* uttaler blant annet:

«Det er etter Helse- og omsorgsdepartementet vurdering svært viktig at helsetjeneste i skoler eksplisitt er ivaretatt i forslaget til ny lov. Direktoratet støtter departementets forslag til ordlyd «helsetjeneste i skoler». Det er etter direktoratets vurdering svært viktig at helsestasjonstjeneste eksplisitt er ivaretatt i forslaget til ny lov. Helse- og omsorgsdepartementet støtter departementets forslag til ordlyd «helsestasjonstjeneste».»

Også *Statens helsetilsyn* støtter dette og uttaler blant annet:

«Statens helsetilsyn støtter at det fremgår eksplisitt av lovteksten at kommunen har plikt

til å ha helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skolen, og at gjeldene forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjeneste videreføres med hjemmel i ny lov.»

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har avgitt likelydende uttalelse som Statens helsetilsyn. *Norsk sykepleieforbund* uttaler:

«NSF deler departementets vurdering av at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal nevnes eksplisitt i loven. Det handler om at vi fortsatt ønsker en universell lavterskeltjeneste for barn, unge og deres foreldre, eller en utvikling med fremvekst av private tilbud og at fastlegene skal ivareta oppfølgingen av barn og ungdom. Vi ser at stadig flere kommuner splitter opp tjenesten og legger deler av oppfølgingen til fastlegen – eks. 4 års-kontroller. Vi vil advare mot en slik utvikling.»

Legeforeningen støtter imidlertid ikke slik lovfesting og uttaler i den forbindelse:

«Helsestasjonstjeneste og skolehelsetjeneste er omtalt eksplisitt i lovforslaget. Legeforeningen mener dette bør vurderes nærmere. På dette området mener Legeforeningen at dette kan legge uhensiktsmessige begrensninger på muligheten for å utvikle forebyggende og helsefremmende helsetjenester for barn og ungdom. Vi mener at forebyggende og helsefremmende helsetjenester for barn og ungdom har behov for en satsning både når det gjelder kunnskapsgrunnlag og organisering, og tror dette bedre kan oppnås hvis loven ikke låser disse tjenestene til en særskilt organisering.»

Flere høringsinstanser har hatt merknader knyttet til innholdskrav og kompetansekrav til tjenestene. Blant annet uttaler *Barneombudet*:

«Selv om Barneombudet støtter departementets forslag om å nevne helsetjenester i skoler og helsestasjoner eksplisitt i loven, er vi likevel bekymret for at kommunen skal stå helt fritt til å organisere dette tilbudet slik de vil.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er under sterkt press med mange arbeidsoppgaver og ikke alltid en kommune som prioriterer ressurser til disse tjenestene. Over lengre tid er det observert en svekkelse og nedbygging av kommunenes tjenestetilbud her, jf. Helse- og omsorgsdepartementets utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IS-1798) fra 2010 (...).

Tilbakemeldinger til vårt kontor fra barn og unge forteller oss at dette er en tjeneste som ikke finnes ved flere skoler, og hvis den finnes kan det ofte være slik at det bare er en helsesøster tilgjengelig noen få timer i uken på en skole med kanskje flere hundre elever.

Helsedirektoratets anbefaling til hovedgrep for å styrke tjenestene er å tydeliggjøre kravet til innhold. Dette bør gjøres blant annet gjennom å opprettholde en tydelig funksjonsspesifikasjon i den nye helse- og omsorgsloven, heter det i utviklingsstrategien. Å komme med generelle krav til det kommunale tjenestetilbud om forsvarlighet er i liten grad nok til å opprettholde forebyggende tjenester som helsestasjons- og skolehelsetjenesten, heter det videre.

Barneombudet er derfor svært bekymret for det fremtidige tilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten hvis det nåværende forslaget til helse- og omsorgslov vedtas uten at det stilles ytterligere krav til tjenestenes innhold. Lovforslagets føringer om profesjonsnøytralitet må ikke medføre at det ikke kan utdypes i forskriftene at tjenestene skal grunnbemannes av helsesøster, jordmor, fysioterapeut og lege.»

Også *Norsk sykepleieforbund* har uttalt seg omkring dette:

«NSF er som sagt tilfreds med at helsetjenester i skoler (punkt b) og helsestasjonstjeneste (punkt c) er eksplisitt ivaretatt. For å sikre at kommunene fortsatt skal ha en kompetent sykepleietjeneste ønsker vi at Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsestasjonstjeneste videreføres. Den er en garantist for at pasientene i helse- og omsorgstjenesten får sykepleie når de har behov for det.»

Videre uttaler Sykepleieforbundet:

«Vi savner en tydeliggjøring av helsestasjons- og skolehelsetjenestens ansvar for det befolkningsrettede arbeidet, og mener det burde vært en henvisning til at dette ansvaret omtales i Folkehelseloven. Vi ber om at det gjennom nytt lovverk (evt. forskrift) vurderes inntatt en bestemmelse om at enkelte tjenester som ytes i forebyggende øyemed til barnefamilier, tillegges og administreres av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det tenkes her på bistand som følge av ekstra belastninger, men uten at det er en barnevernssak –

eksempelvis ved sykdom hos mor, søvnvan-
sker hos barnet osv.»

Statens helsetilsyn uttaler:

«Statens helsetilsyn mener det er positivt at tilbudet til gravide på helsestasjonen videreføres, men vil samtidig påpeke betydningen av å ha personell med rett kompetanse slik at tjenestene som ytes er forsvarlige. Kommunens ansvar for å vurdere kompetansebehovet opp mot de faglige utfordringene i tjenesten må tydeliggjøres enten i den nye loven eller i forskrift.»

Når det gjelder regulering av jordmortjenester uttaler *Norsk sykepleieforbund* blant annet:

«I høringsnotatet kommer det fram hvor viktig jordmorkompetansen er for å sikre god svangerskaps- og barselomsorgstjeneste i kommunene. Men i lovteksten stilles det ingen kompetansekrav. NSF mener at dagens tilbud til gravide på helsestasjonene må videreføres og at kommunene må ansvarliggjøres for kompetansebehovet, enten i den nye loven eller i forskrift.

Vi finner det uheldig at barselomsorgen i lovforslaget kun knyttes opp mot jordmortjenesten, da det sies at foreslått lovtekst skal tilsvare dagens § 1-3 andre ledd nr.5 i kommunehelsetjenesteloven. Denne omhandler kun jordmortjenesten. Det vises også til at den kan omhandle allmennlegetjenesten og legevaktordningen. Man overser her totalt at hovedtyngden av barselomsorgen i dag utøves av helsesøstre. Barselomsorgen defineres i St. melding 12 En gledelig begivenhet, som de første 6 til 8 uker etter fødsel. I denne perioden har jordmor gjerne oppfølging av mor de første 1-2 ukene, mens helsesøster har oppfølging av barn og familie fra hjembesøk og de neste ukene – og årene. Det blir derfor mangelfullt når lovforslaget begrenser barselomsorgen til å omhandle jordmortjenesten.

(...) Det er ikke likegyldig hvilke faggrupper som utgjør tjenesten skal man oppnå en tilstrekkelig kvalitet. Helsesøster, fysioterapeut, jordmor og lege skal utgjøre det tverrfaglige grunnlaget i tjenesten. Kompetansekrav må derfor forankres i paragraf 3-2, og utdypes i forskrift for tjenesten

(...) Vi vil advare mot at helsekontroller av barn overtas av fastlegene, slik vi opplever at lovforslaget understøtter. Vi tror ikke det gir

barn og ungdom bedre helsefremmende og forebyggende helsetjenester eller at samfunnet får mer helse for hver krone. Vi ser en bekymringsfull utvikling hvor stadig flere kommuner splitter opp tjenesten og legger deler av oppfølgingen til fastlegene. Med tilnærmet 100 % oppslutning er helsestasjonen en universell arena for alle barn og unge, og et viktig bidrag for å redusere sosial ulike i helse»

Den norske jordmorforening uttaler:

«Vi støtter forslaget om at tilbudet til gravide på helsestasjonen videreføres, men omsorgen må utføres av personell med rett kompetanse slik at tjenestene som ytes er forsvarlige. Et enstemmig Storting vedtok den 28. mai 2009 at jordmortjenesten skal styrkes både når det gjelder kvalitet og kvantitet. Vedtaket bygger bl.a. på en erkjennelse av at dagens kommunale jordmortjeneste ikke er tilstrekkelig.»

Flere høringsinstanser har også kommentert viktigheten av og behovet for tverrfaglighet og samarbeid med andre etater, del-tjenester eller profesjonsgrupper. *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet* uttaler blant annet:

«Alle barn møter til kontroll på helsestasjonene hvilket innebærer at helsesøstrene har en unik mulighet til å kunne se om et barn/foreldrene trenger bistand fra barneverntjenesten. Det er derfor svært viktig at det utvikles et godt samarbeid mellom helsestasjonene og barneverntjenesten og at helsestasjonene er bevisst på det ansvaret de har i forhold til meldeplikten til barnevernet. Direktoratet mener dette burde vært omtalt i forslag til ny lov.»

Helsedirektoratet uttaler:

«Det er særlig viktig at helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skoler er tverrfaglig sammensatt. Helsesøster, fysioterapeut, jordmor og legens kompetanse må være integrert i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette bør sikres ved en tydeligere angivelse i loven, alternativt i forskrift.

At tjenesten innehar denne kompetansen er etter direktoratets syn en viktig årsak til at den når tilnærmet 100 prosent av befolkningen, med de positive helseeffekter dette gir. Derksom kompetansekravene utvannes er det etter direktoratets oppfatning alvorlig for tjenestens kvalitet. Det er viktig å verne om et lavterskel-

tilbud som i dag har stor dekning, som benyttes uavhengig av sosioøkonomisk status og som har en fleksibilitet som gjør den til en viktig aktør med hensyn til å redusere sosiale helseforskjeller.

Departementet beskriver på side 145 at den enkelte pasient / bruker kan velge å motta tilsvarende tilbud et annet sted, som for eksempel at fastlegen tilbyr gravide svangerskapskontroll og vaksinasjon av barn. Helsedirektoratet mener at det er grunn til å advare mot en utvikling hvor en flytter deler av det befolkningsbaserte helsetjenestetilbudet fra helsestasjonen og over til fastlegene.

Kommunen kan ha insentiver til å flytte oppgaver fra helsestasjonen til fastlegene fordi kommunen finansierer helsestasjonen, mens staten i stor grad finansierer fastlegene. Fastlegenes stykkprisfinansiering kan gi insentiver til rask behandling. Derimot kan det være lite som stimulerer til tidkrevende oppsøkende virksomhet og tverrfaglig samarbeid.

De forebyggende tjenestene har ansvar for et tilbud til en populasjon i et bestemt geografisk område versus fastlegers populasjonsansvar for pasienter registrert på en bestemt liste som pasientene er allokert til ved fritt valg.

Konsekvensene av å legge oppgaver til fastlegene ville bli en omlegging av hele tjenestens karakter; fra et befolkningsrettet lavterskeltilbud til et individrettet tilbud med høyere terskel. Helsedirektoratet vil fremheve vaksinasjon som en særlig oppgave for helsestasjonen.»

Norsk fysioterapiforbund uttaler:

«Når først helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjenesten nevnes, bør det poengteres at det skal være en tverrfaglig tjeneste med fokus på forebygging.»

15.5.2.3 Departementets vurderinger og forslag

Tjenestene foreslås lovfestet i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1 og tilsvarende dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1. Bestemmelsen omfatter også deler av dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 4-1, jf. § 3-1. I proposisjonens punkt 13.2 og punkt 13.3 er det redegjort for gjeldende rett.

Lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1 må ses i sammenheng med lovforslaget § 3-3 om kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Innholdet i kommunens oppgaver

for helsefremmende og forebyggende arbeid er nærmere omtalt i kapittel 17, jf. særlig punkt 17.6.1.

Helsefremmende og forebyggende arbeid generelt

Forebyggende innsats er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven som tre oppgaver:

1. Egne helsefremmende og forebyggende tjenester, jf. lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1.
2. Forebyggende innsats som en del av alle kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. lovforslaget § 3-3 første ledd.
3. Helse- og omsorgstjenestenes bidrag i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, jf. lovforslaget § 3-3 andre ledd.

Lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1 omhandler kommunens plikt til å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. De konkrete lovpålagte forebyggende helse- og omsorgstjenestene er helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste. Kommunen kan også etablere andre forebyggende tjenestetilbud.

I høringsnotatet foreslo departementet å lovfeste kommunens plikt til «opplysning, råd og veiledning» som en del av kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid etter lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1. Det ble vist til at opplysning, råd og veiledning vil inngå som en integrert del av de fleste helse- og omsorgstjenester som kommunen yter til den enkelte pasient eller bruker, ikke bare i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid.

Enkelte høringsinstanser har imidlertid bemerket at departementets forslag til § 3-2 første ledd nr. 1 bokstav a («opplysning, råd og veiledning») kunne oppfattes som en innskrenkning av sosialtjenesteloven § 4-1. Blant annet har Helsedirektoratet i sin høringsuttalelse uttalt at i departementets forslag er *opplysning, råd og veiledning* kun knyttet til det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Direktoratet viste i den forbindelse til at det av dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 4-1 fremgår at sosialtjenesten skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å *løse eller forebygge* sosiale problemer, og at kommunens plikt til å «løse» sosiale problemer syntes utelatt i departementets forslag til lovregulering.

Departementet vil understreke at den foreslåtte § 3-2 skal videreføre gjeldende rett. Kommunen vil dermed fortsatt måtte gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til både å *løse og forebygge* sosiale problemer. Det ligger i sakens natur at de ulike tjenester må søke å løse den enkelte tjenes-

temottagers problemer hvis det er mulig. Av bestemmelsens øvrige alternativer vil det også direkte eller indirekte følge at den enkeltes problemer skal søkes løst når det ytes ulike former for helse- og omsorgstjeneste etter loven.

I tråd med hva enkelte høringsinstanser har påpekt ser imidlertid departementet at det kan oppfattes misvisende eller innskrenkende dersom plikten til «opplysning, råd og veiledning» kun lovfestes i tilknytning til helsefremmende og forebyggende arbeid etter lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1. Departementet har derfor valgt å ikke opprettholde forslaget om lovfesting av «opplysning, råd og veiledning» i tilknytning til denne bestemmelsen. For å synliggjøre plikten til opplysning, råd og veiledning i helsefremmende og forebyggende tiltak i andre deler av helse- og omsorgstjenesten, foreslår departementet at dette lovfestets i forslaget § 3-3, jf. nærmere om denne bestemmelsen i punkt 17.6.1.

Etter forslaget vil kommunene ha ansvar for å gi opplysninger, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Personer og familier som av ulike årsaker har redusert funksjons- og mestringsevne, kan ha et relativt vedvarende behov for slik bistand for å klare dagliglivets utfordringer. Kommunen skal forebygge både somatisk og psykisk lidelse. For å sikre en bærekraftig utvikling, tydeliggjør samhandlingsmeldingen at dette bør være en prioritert oppgave i tiden fremover. I dette ligger også oppsøkende virksomhet overfor utsatte grupper, samt opplysningsvirksomhet, rådgivnings- og veiledningstjenester. Det er av sentral betydning at dette ikke bare har en medisinsk tilnærming, men at kommunen også sikrer en helhetlig og sosialfaglig tilnærming til dette arbeidet.

Relevante helsefremmende og forebyggende tiltak skal iverksettes i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer blant annet at fastleger, hjemmetjenesten, svangerskaps- og barneomsorgen har et ansvar for å arbeide forebyggende i henhold til lovforslaget § 3-2. Samtidig er det ofte nødvendig med tverrfaglig innsats i samarbeid med barnehage og skole, barnevern, arbeidslivets aktører og med frivillige organisasjoner.

Lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1 gir kommunen et generelt ansvar for å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, og nevner spesielt helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste. Helsestasjons- og skolehelsetjenestens opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet overfor målgruppene gravide, barn og unge og deres foreldre om barns fysiske og psykiske utvikling,

utgjør sammen med helseopplysning generelt en vesentlig del av kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid. Videre er allmennlegetjenesten helt sentral for veiledning om levevaner og for å avdekke risiko for å utvikle sykdom, identifisere risikogrupper, samt iverksette forebyggende tiltak. Ulike former for frisklivs-/lærings- og mestringstilbud med kvalitetssikret hjelp til endring og mestring av helseatferd, ulykkesforebyggende arbeid, tobakks- og rusforebygging, samt psykisk helsearbeid er viktige elementer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. For øvrig vil helsetjenesten ha en viktig pådriverrolle i kommunen for å sikre at helsefremmede arbeid ivaretas i kommunens planarbeid, i skoler og barnehager, arbeidsliv og nærmiljø, for eksempel for å tilrettelegge for gode kostvaner, daglig fysisk aktivitet, tobakk- og rusfrihet.

Nærmere om helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste

Når det gjelder lovfesting av *helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste* støttes dette som nevnt av en rekke høringsinstanser. Departementet opprettholder forslaget og foreslår at dette skal lovfestes eksplisitt i § 3-2 første ledd nr. 1 bokstav a og bokstav b. Selv om kommunene uansett ikke kan velge å bortprioritere helsefremmende og forebyggende arbeid for disse gruppene, er departementet av den oppfatning at denne type tjenester fremstår som så sentrale at de fortsatt bør fremgå av lovteksten. Det er her snakk om tjenester som er særlig rettet inn mot barn og unge, og som «når» store deler av sin målgruppe. I et forebyggings- og utjevningperspektiv fremstår tjenestene derfor som spesielt viktige. Kommunen vil imidlertid stå fritt til å bestemme den ytre rammen for organisering av tjenestene.

Som nevnt er innholdet i kommunens oppgaver for helsefremmende og forebyggende arbeid nærmere omtalt i kapittel 17, og det er her også redegjort for helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste. Som det vil fremgå vil det være enkelte grenseflater eller uklare avgrensninger mellom kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid etter herværende lovforslags § 3-2 første ledd nr. 1 og § 3-3, og kommunens ansvar for folkehelsearbeid etter lovforslag om ny folkehelselov. For en fullstendig oversikt over kommunens samlede plikter på dette området vil det derfor være nødvendig å også se hen til de kommunale plikter som følger av nevnte lovforslag, jf. punkt 9.11 for nærmere redegjørelse om forholdet til dette lovforslaget.

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste er som nevnt en del av kommunens oppgaver i dag, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 bokstav b) og c). I forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er det gitt nærmere bestemmelser om tjenesten og tjenestens innhold. Av forskriften fremgår at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være et tilbud til barn og unge 0-20 år og til gravide om svangerskapskontroll ved helsestasjonen, jf. forskriftens § 2-1. Forslaget er en videreføring av gjeldende rett, og innebærer at kommunene ikke kan flytte deler av tilbudet fra helsestasjonstjenesten over til for eksempel fastlegene. At kommunene har en plikt til å sørge for helsestasjons- og skolehelsetjeneste er imidlertid ikke til hinder for at den enkelte pasient/bruker kan velge å motta tilsvarende tilbud annet sted, som for eksempel at fastlegene tilbyr gravide svangerskapskontroll og vaksinasjon av barn. Det er samtidig viktig fra kommunens side å opprettholde tjenestene som et befolkningsrettet lavterskeltilbud og unngå at det bare blir et individrettet tilbud.

Helsestasjonen er ansvarlig for å gi et tilbud til en populasjon i et bestemt geografisk område, det vil si til alle barn og foreldre i kommunen uavhengig av hvilke tjenester de for øvrig er knyttet til. Dette befolkningsrettede ansvaret muliggjør langsiktig behovsvurdering, planlegging og tilbud av tjenester for å møte behovet i den konkrete populasjonen.

Departementet vil bemerke at deler av den virksomheten som drives innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten også vil kunne falle inn under bestemmelsen i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 4 i den grad det dreier seg om diagnostisering og behandling, for eksempel av seksuelt overførbare sykdommer hos ungdom.

Sentrale oppgaver for helsestasjon, helsestasjon for ungdom og skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skole, er helseundersøkelser, vaksiner, opplysningsvirksomhet, rådgivning, veiledning og tiltak for å styrke barn og unges egen mestring og foresattes mestring av foreldrerollen. Tjenesten skal i samarbeid med elever, hjem og skole arbeide for å skape en helsefremmende skole gjennom et godt lærings- og arbeidsmiljø. Tjenesten skal etter forskrift ha rutiner for samarbeid med fastlegene og andre kommunale tjenester som barnehager, skole, barnevern, PPT, fylkeskommunen, tannhelsetjenesten, spesialisthelsetjenestene som BUP og habiliteringstjenesten m.fl.

Undersøkelser viser at foreldre, barn og ungdom har stor tiltro til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og at tjenesten når grupper som ikke fanges opp av øvrige offentlige tjenester. Forskning på helsetjenestebruk blant barn og unge tyder på at bruken av spesialisthelsetjenester øker med lengden på foreldrenes utdanning, mens dette ikke er tilfellet for bruken av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette gjelder også helsestasjon for ungdom.

Skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud for unge med psykiske vansker eller problemer, som de på et tidlig tidspunkt kan oppsøke hjelp for, og få hjelp til på riktig nivå. Det er et hovedpoeng med denne tjenesten at det befinner seg der barn og unge er – som en «drop-in»-tjeneste på skolen. I ungdomsskolene og videregående skole viser undersøkelser at der tjenesten er regelmessig til stede over tid, blir den benyttet av 50 % av elevene til «drop-in» konsultasjoner, dette i tillegg til de ordinære konsultasjonene som følger av anbefalt program for skolehelsetjenesten.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle for å forebygge psykiske plager og lidelser, rusmisbruk, spiseforstyrrelser, utvikling av overvekt og å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik mv. Tjenestene har også et utbredt samarbeid med psykisk helsevern.

Tjenestens innhold utvikles og endres over tid. Som eksempel kan det vises til at skolehelsetjenesten i 2009 fikk ansvar for vaksinerings mot humant papillomavirus (HPV) for jenter fra og med skoleåret 2009/2010.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan avdekke og intervensere tidlig, samt sørge for iverksetting av tiltak eller henvisning. En godt utbygd helsestasjons- og skolehelsetjeneste vil fremme god utnyttelse av det øvrige kommunale hjelpeapparatet. En tverrfaglig skolehelsetjeneste kan i tett samarbeid med skolen, elevene og foreldre følge opp både fravær og frafall allerede fra grunnskolen. Tjenesten er også en viktig arena for innsatsen i det generelle folkehelsearbeidet rettet mot ernæring, for å fremme fysisk aktivitet og forebygging av tobakks- og rusmiddelbruk, samt avdekking av vold i nære relasjoner og overgrep mot barn og unge, mobbing mv. Ammeveiledning drives i regi av helsestasjonene. Det er etablert et frivillig godkjenningssystem for etablering av Ammekyndige helsestasjoner. Dette vil bidra til å sikre kontinuiteten i ammeveiledningen fra «Mor-barn vennlige sykehus» og således sikre god samhandling.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktig i det abortforebyggende arbeid og for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner. Helsestasjon for ungdom er særlig viktig i dette arbeidet. I 2009 hadde 72 % av kommunene helsestasjon for ungdom (SSB 2010). I nesten samtlige av landets kommuner deltar helsestasjons- og skolehelsetjenesten i skolens seksualundervisning.

Departementet mener tjenesten er sentral og av stor betydning i det forebyggende og helsefremmende arbeid, jf. lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1. I bestemmelsens andre ledd er det foreslått at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenester omfattet av bestemmelsen. Gjeldende forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjeneste videreføres med hjemmel i ny helse- og omsorgstjenestelov. Som nevnt i proposisjonens punkt 15.6.4 vil imidlertid departementet, forutsatt at Stortinget slutter seg til foreslåtte lovregulering, vurdere behovet for justering av gjeldende forskrifter som følge av at den foreslåtte lovgivning er mer overordnet og organiseringsnøytral enn gjeldende rett.

Innholdskrav – kompetansekrav

En rekke høringsinstanser har uttrykt bekymring overfor en overordnet og profesjonsnøytral lovregulering av kommunens plikter. Bekymringen knytter seg til at enkelte kommuner kan komme til å nedprioritere profesjonsspesifikke tjenester når disse ikke lenger fremgår av loven, samt at manglende profesjonsangivelse kan åpne for at kommunen velger å ansette personell uten nødvendig fagkompetanse innefor ulike deltjenester. Flere høringsinstanser har derfor bedt departementet innføre innholdskrav til tjenestene eller krav til personellkompetanse for ulike tjenester, herunder i forhold til det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det foreslås at slike krav inntas enten i lovtekst eller i forskrifter.

Departementet har etter en helhetsvurdering kommet til at det ikke bør lovfestes slike innholds- eller kompetansekrav, jf. kapittel 14 hvor spørsmålet om overordnet og profesjonsnøytral lov diskuteres. For å motvirke den utvikling som mange høringsinstanser har vært bekymret for med nedprioritering av enkelte tjenester eller manglende «faglighet» i tjenestene, foreslår imidlertid departementet flere tiltak.

Som presisert flere steder i proposisjonen skal foreliggende lovforslag innebære en videreføring av gjeldende rett. I tillegg viser departementet blant annet til at det foreslås lovfesting av forsvar-

lighetskravet og lovfesting av bestemmelser om pasientsikkerhet. Dette er tiltak som vil bidra til å motvirke en slik mulig utvikling. Departementet foreslår i tillegg at det i lovforslaget inntas en bestemmelse om kommunens ansvar for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i de ulike helse- og omsorgstjenestene, jf. lovforslaget § 4-1 første ledd bokstav d. Departementet viser også til at Helsedirektoratet etter lovforslagets § 12-5 kan gi nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. Endelig vises det til at det i lovforslaget § 3-2 andre ledd foreslås at Kongen i statsråd kan gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Som det fremgår av kapittel 46, legger departementet også opp til evaluering av loven. Et sentralt element ved en slik evaluering vil være å avklare om en mindre profesjonsspesifikk lovregulering og mindre detaljert regulering av kommunens måte å organisere de ulike tjenestene på, har medført en nedprioritering av tidligere lovpålagte profesjonsspesifikke tjenester eller om manglende profesjonsangivelse i loven har medført at kommunene velger å ansette personell uten nødvendig fagkompetanse innefor ulike deltjenester. Dersom evalueringen skulle bekrefte en slik utvikling, vil departementet vurdere egnede tiltak.

Velferds- og aktivitetstiltak

Som redegjort for i punkt 13.3.2, er sosialtjenestens generelle forebyggende virksomhet fastsatt i sosialtjenesteloven § 3-1. Av bestemmelsens fjerde ledd fremgår at sosialtjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

Bestemmelsen sier ikke noe om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at blir iverksatt, men gir tjenesten anledning til å utvise nytenking og kreativitet med sikte på å finne frem til formålstjenlige virkemidler tilpasset spesielle befolkningsgrupper og lokale behov. Tiltakene må dessuten tilpasses aktivitetene innen andre offentlige sektorer, private organisasjoners tilbud og kommunens økonomi. I mange tilfeller vil det være naturlig å samarbeide med andre instanser om passende tiltak, for eksempel barnevern, skolemyndighetene og kultursektoren.

Departementet foreslår å videreføre denne bestemmelsen i lovforslaget § 3-3 tredje ledd.

15.5.3 Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

15.5.3.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet at kommunens ansvar for svangerskaps- og barselomsorgstjenester ble lovfestet i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 2. Den foreslåtte bestemmelsen skulle tilsvare dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 5, samt også omfatte tjenester omfattet av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd, jf. særlig nr. 1 og nr. 2.

Departementet påpekte at svangerskapskontroll også vil kunne utføres av fastlege eller jordmor.

15.5.3.2 Høringsinstansenes syn

Som det vil ha fremgått har også enkelte høringsinstanser sitert under punkt 15.5.2.2 kommentert problemstillinger knyttet til svangerskaps- og barselomsorgstjenester, herunder jordmortjenester, jf. blant annet uttalelse fra *Norsk sykepleieforbund* og *Den Norske Jordmorforening*. I tillegg har *Helsedirektoratet* blant annet uttalt:

«Helsedirektoratet vil understreke viktigheten av at det tilbys gode jordmortjenester i kommunen slik at gravide og kvinner i barsel får et reelt valg mellom å bruke lege eller jordmor. Det er også vesentlig å ha personell med rett kompetanse, slik at svangerskaps- og barselomsorgstjenestene som ytes er forsvarlige. Direktoratet mener at jordmortjenesten må tydeliggjøres enten i loven, eller i forskrift.»

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag uttaler:

«I høringsnotatet fremkommer det ikke noen krav til fagkompetanse for å yte denne tjenesten. Jordmortjenesten nevnes ikke spesifikt som en tjeneste kommunene plikter å ha. Forskrift av 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som videreføres med hjemmel i ny lov, omtaler heller ikke behovet for konkrete faggrupper. Jordmortjenesten i kommunene er en etterspurt tjeneste blant gravide.

Vi frykter at denne tjenesten nå kan bli borte i enkelte kommuner og erstattet av undersøkelser av gravide hos fastlegene. En slik dreining vil innebære en annen type tilbud der medisinskfaglige forhold vil få størst fokus

og andre mer jordmorfaglige forhold vil bli borte.»

15.5.3.3 Departementets vurderinger og forslag

Innenfor svangerskaps- og barselsomsorgstjenesten er svangerskapskontroller en av de mest sentrale oppgavene. Svangerskapskontroll kan utføres av fastlege eller jordmor. Hjemmefødsler og følgetjeneste er ikke et kommunalt ansvar.

Kommunens ansvar for svangerskaps- og barselomsorgstjenester, foreslås lovfestet i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 2. Bestemmelsen vil videreføre innholdet i dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 5 om jordmortjenesten og tjenester som tidligere var omfattet av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd, jf. særlig nr. 1 og nr. 2. Departementet viser til punkt 13.2.6 hvor det er redegjort nærmere for gjeldende rett. Tjenestene vil også være en del av de forebyggende helse- og omsorgstjenestene i kommunene, jf. nærmere om dette i kapittel 17, og spesielt punkt 17.6.2.1.

Svangerskapsomsorg og svangerskapskontroller omfatter både fysisk og psykososial forebygging. Den inneholder både helsefaglige undersøkelser og rådgivning og veiledning av forskjellig slag, blant annet om levesett i svangerskapet. En fullverdig svangerskapsomsorg omfatter både forhold i selve svangerskapet, forberedelse til fødselen og forberedelse til tiden etter fødsel og det å bli foreldre. De fleste oppgavene i svangerskapsomsorgen er individrettete, men for eksempel foreldreveiledning og fødselsforberedelse foregår ofte i grupper. For nærmere beskrivelse av svangerskapsomsorgen vises det til forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Regjeringen la i mai 2009 frem St.meld. nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*, jf. Innst. S. nr. 240 (2008-2009). Feltet er også omtalt i St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Flertallet i helse- og omsorgskomiteen gikk blant annet inn for at lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, og at jordmortjenesten skal styrkes. Det vises til nærmere omtale av meldingen samt utfordringer innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen mv. i kapittel 3.

Som redegjort for har enkelte høringsinstanser uttrykt bekymring overfor en overordnet og profesjonsnøytral lovregulering av kommunens plikter, jf. ovenfor siterte uttalelser om jordmortjenestene.

Bekymringen knytter seg til at enkelte kommuner vil nedprioritere profesjonsspesifikke tjenester når disse ikke lenger fremgår av loven, samt at manglende profesjonsangivelse kan åpne for at kommunen velger å ansette personell uten nødvendig fagkompetanse innenfor ulike deltjenester. Flere høringsinstanser har derfor bedt departementet vurdere å innføre innholds krav til tjenestene eller krav til personellkompetanse for ulike tjenester, herunder i forhold til det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det foreslås at slike krav innføres enten i lovtekst eller i forskrifter.

Departementet har etter en helhetsvurdering kommet til at det ikke bør lovfestes slike innholds- eller kompetansekrav knyttet til jordmortjenesten. Departementet foreslår derfor å videreføre den regulering av svangerskaps- og barselomsorgstjenester som foreslått i høringsnotatet.

For å motvirke den utvikling som enkelte høringsinstanser har vært bekymret for med nedprioritering av enkelte tjenester eller manglende «faglighet» i tjenestene, foreslår departementet flere tiltak, se nærmere omtale av disse tiltakene i punkt 15.5.2.3 under «Innholds krav – kompetansekrav» som også får samme betydning for svangerskaps- og barselomsorgstjenesten.

15.5.4 Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste

15.5.4.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet å lovfeste kommunens ansvar for hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 3. Bestemmelsen skulle tilsvare dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 5, jf. også § 1-3 andre ledd nr. 2 og nr. 7.

Kommunens plikt til å tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner ble foreslått spesifisert i form av underpunktene «heldøgns medisinsk akuttberedskap» og «medisinsk nødmeldetjeneste».

15.5.4.2 Høringsinstansenes syn

De høringsinstanser som har kommentert denne del av forslaget har særlig etterlyst presisering av hva lovbestemmelsen bør omfatte (somatikk, psykisk helsevern og/eller ruslidelser) eller hatt synspunkter i forhold til at begrepet «legevakt» ikke var foreslått eksplisitt nevnt i lovbestemmelsen.

Norsk Psykiatrisk Forening uttaler blant annet:

«Npf mener at det ikke bare skal gjelde medisinsk akutt beredskap, men også psykiatrisk og rusakutt beredskap. Dette oppnås ved at alle legevaktsleger har pålagt opplæring i psykiatrisk og rusrelaterte akutt tilstander for å kunne arbeide ved en legevakt.»

Rådet for psykisk helse uttaler:

«Det bør legges til et punkt c) som presiserer at hjelp ved ulykker og aktuelle situasjoner også omfatter psykososial akuttberedskap.»

Når det gjelder manglende videreføring av begrepet legevakt uttaler *Helsedirektoratet*:

«I departementets lovforslag er ikke begrepet legevakt brukt. Direktoratet er usikre på om det er hensiktsmessig å fjerne et slikt innarbeidet begrep. Leger i vakt har en svært viktig rolle, både i den akuttmedisinske kjede og i all annen nødvendig samhandling, for å sikre pasientforløp på beste effektive omsorgsnivå. En konsekvens av lange avstander til legevakt er at mer og mer av det akuttmedisinske tilbudet blir gitt av ambulansetjenesten alene. Helseforetakene melder at ambulansetjenesten i stadig større grad må dekke opp for manglende legevaktstilbud ute i distriktene. En må forvente at forarbeidene vil beskrive hva man kan vente seg av en legevakt. I tillegg bør det klart fremgå en forventning om at det er legevaktslegen som har ansvar og skal kunne delta i organisering og ledelse av ulykker som skjer ute i kommunen. (...)»

Legeforeningen uttaler blant annet:

«Vi ser at loven ikke lenger formulerer eksplisitt plikt til å ha en kommunal legevaktordning. Det er brukt begrepet heldøgns medisinsk akuttberedskap, hvilket har et annet innhold. Det fremgår ikke om endringen er tilsiktet. Befolkningen vil fortsatt kreve et tilbud om heldøgns utredning og behandling for tilstander som er plagsomme, om ikke nødvendigvis farefullt, å vente med til neste virkedag. Legeforeningen mener kommunens plikt til å organisere legevakt burde vært forankret i lovteksten.»

Tilsvarende har også *Kommuneoverlegeforum Helgeland* uttalt:

«Kommuneoverlegeforum Helgeland ser at loven ikke lenger formulerer eksplisitt plikt til å ha en kommunal legevaktordning. Begrepet «heldøgns medisinsk akuttberedskap» er brukt, hvilket har et annet innhold. Det fremgår ikke om endringen er tilsiktet. Kommuneoverlegeforum Helgeland mener kommunens plikt til å organisere legevakt burde vært forankret i lovteksten, og vi håper at det kommer en forskrift som sier noe om innholdet i legevaktstjenesten som følge av dette nye lovforslaget.»

UNI Helse, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktordningen har etterlyst lovfesting av legevaktordningen og uttaler blant annet:

«(...) Utredning, diagnostisering og behandling er jo også legevaktens sentrale oppgave, og det virker merkelig at legevakt ikke er omfattet av dette innholdsbegrepet. Lovteksten bør her gjennomgås på nytt med tanke på en oppdeling og begrepsbruk. På mange måter framstår formuleringene i den nåværende loven som bedre strukturert enn i forslaget til ny. Samlet sett oppfatter Nklm denne delen av lovforslaget framstår som en svekkelse av legevakten sin sentrale rolle, noe som er det motsatte av våre faglige råd, Stortingets mening og slik vi tidligere har oppfattet Departementet og Helsedirektoratet sine føringer.»

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon uttaler:

«Videre mener FFO at det i enkelte situasjoner kan oppstå akutte situasjoner, som krever at det settes inn umiddelbare tiltak i form av omsorgstjenester/sosiale tjenester fra kommunens side. FFO mener at mottakere av sosiale tjenester ikke kan ha dårligere rettigheter på dette området. På samme måte som Helsetilsynet mener FFO derfor at brukere må sikres en rett til omsorgstjenester/sosiale tjenester i akutte situasjoner. I det minste må sosialtjenestelovens § 8-7 videreføres.»

15.5.4.3 Departementets vurderinger og forslag

Kommunene har et særskilt ansvar for å yte døgnkontinuerlig hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Typisk vil være legevaktordning, legevaktstjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste. Det er av sentral betydning at tjenestene omfatter

både somatiske og psykiske lidelser, herunder ruslidelser.

Departementet foreslår at kommunens ansvar for hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner lovfestes i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 3. Bestemmelsen tilsvarende dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nummer 5, jf. også § 1-3 andre ledd nr. 2 og nr. 7. Departementet viser til punkt 13.2.3 for nærmere redegjørelse for gjeldende rett.

Den kommunale legevaktordningen er en organisert virksomhet som skal sikre befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Legevaktordningen består av et fast legevaktnummer, legevaktsentral og lege i vaktberedskap. Kommunal legevakt er en integrert del av allmennlegetjenesten og utgjør sammen med medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus.

Legevaktens tjenester kan ikke sees isolert fra fastlegeordningen og andre tjenester. Tilgjengelighet hos fastlegene og organisering av større vakt-distrikter kan bedre legenes arbeidssituasjon, og har vist seg å redusere pasienttilstrømmingen til legevakten på kveld og natt.

Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten. I følge § 7 i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, har kommuner og regionale helseforetak gjensidig ansvar for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester. Regionale helseforetak har i tillegg ansvar for samarbeid med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med brannvesen, politi, hovedredningssentral og andre samarbeidspartnere og for fastsettelse av hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar og hvilke AMK-sentraler som skal ha mottak av medisinsk nødnummer i regionen.

Dagens kommunikasjonsnett for nødsamband for kommunene og de regionale helseforetakene, helseradionettet, er under utvikling og skal erstattes av et nytt felles digitalt nødnett for helsetjenesten, brannvesenet og politiet i løpet av noen år. Stortinget vedtok i 2006 at et første utbyggingstrinn for nytt digitalt radiosamband i Norge – Nødnett – skulle igangsettes. Kommunene er forpliktet, jf. krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i forskrift nr. 252 av 18. mars 2005, til å ta det nye nødsambandet i

bruk. I første omgang vil det innenfor helsetjenesten være de kommunale legevaktene og leger i vakt som skal bruke nettet, men senere vil det være aktuelt å tilby andre brukere i kommunens helse- og omsorgstjeneste å bruke nettet som et ledd i bedring av samarbeidet mellom de ulike tjenester og aktører.

I tillegg til disse bestemmelsene, har kommunen etter lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap, ansvar for å ha utarbeidet en egen beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester de skal sørge for å ha et tilbud om. Formålet med beredskapsplanen er å sikre at befolkningen kan tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

Av høringsnotatet fremgikk at legevakt var ment omfattet av kommunens overordnede plikt til å tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Under henvisning til innspill i høringsrunden, har departementet kommet til at kommunens plikt til å tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i § 3-2 første ledd nr. 3, bør tydeliggjøres til også å omfatte underpunktet «legevakt» i tillegg til de foreslåtte underpunktene «heldøgns medisinsk akuttberedskap» og «medisinsk nødmeldetjeneste». Departementet viser her særlig til Helsedirektoratets og Legeforeningens påpeking av at legevakt vil være noe mer enn kun medisinsk *akuttberedskap*. I den forbindelse er det blant annet påpekt at det ved legevaktene utføres et betydelig omfang av utredning, diagnostisering og behandling som ikke nødvendigvis har et akuttpreg. For eksempel er det ikke uvanlig at turister og andre som ikke har fastlege oppsøker legevakt uten at det nødvendigvis er akutte behov for hjelp. For å tydeliggjøre kommunens plikt foreslås dermed «legevakt» inntatt som ny bokstav a i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 3, i tillegg til de foreslåtte underpunktene «heldøgns medisinsk akuttberedskap» og «medisinsk nødmeldetjeneste».

15.5.5 Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

15.5.5.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet at det kommunale ansvaret for utredning, diagnostisering og behandling ble lovfestet i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 4. Forslaget skulle tilsvare dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 2, jf. også § 1-3 andre

ledd nr. 1 og nr. 3 til nr. 6. Det ble presisert at forslaget skulle innebære videreføring av gjeldende rett.

15.5.5.2 Høringsinstansenes syn

En rekke høringsinstanser har kommentert denne delen av forslaget og særlig påpekt at det innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten vil være flere personellgrupper i tillegg til leger/fastleger som sørger for utredning, diagnostisering og behandling av den enkelte pasient eller bruker. Den foreslått lovregulering kan slik sett oppfattes som upresis eller innskrenkende. Blant annet uttaler *Helsedirektoratet*:

«Helsedirektoratet imøteser departementets videreføring av fastlegeordningen, og mener det er hensiktsmessig at pasientrettighetene i fastlegeordningen videreføres til pasientrettighetsloven. Direktoratet mener også at opprettholdelsen av departementets hjemmel til å gi nærmere regler om fastlegeordningen er svært viktig.»

Videre uttaler direktoratet:

«Helsedirektoratet mener det vil bli mer presis om kommunens ansvar for å tilby utredning, diagnostikk og behandling blir presisert i et eget punkt og ikke sammenstilles med et organisatorisk krav som fastlegeordningen jo er.»

Direktoratet har også påpekt:

«Direktoratet vil også påpeke at det er flere yrkesgrupper enn leger som står for utredning, diagnostikk og behandling – herunder fysioterapeuter, sykepleiere, psykologer og jordmødre.»

Norsk Ergoterapeutforening uttaler blant annet:

«Utredning, diagnostisering og behandling utføres av flere enn fastlegene. Funksjonsdiagnoser stilles av flere yrkesgrupper, og er ofte et nødvendig tillegg til rene medisinske diagnoser. For mennesker med funksjonsnedsettelse er kartlegging av funksjon og ressurser like viktig som den medisinske årsaken til tap av funksjon.»

Også *Norsk fysioterapiforbund* har uttalt seg omkring dette:

«Det er et avgrenset antall profesjoner med autorisasjon som utreder og behandler pasienter. I folketrygdloven er disse gruppene beskrevet. Dette er i henhold til folketrygdlovens kapittel 5 lege, fysioterapeut og psykolog. Viser for øvrig til våre merknader til dette i høringsuttalelsens punkt 3. NFF foreslår derfor følgende forslag til endring: Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordningen, fysioterapitjenesten og psykologtjenesten.»

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag påpeker:

«Tjenesten nevnes ikke spesifikt i lovutkastet. Vi frykter at denne utelatelsen kan føre til nedprioritering av fysioterapitjenesten i enkelte kommuner. Vår erfaring fra tilsynsvirksomhet viser at ikke lovpålagte tjenester risikerer å bli fjernet når det er økonomiske trange tider. Selv om for eksempel både ergoterapitjenesten og kiropraktortjeneste kan være et supplement til fysioterapitjenesten, er dette en annen type helse tjenester som ikke dekker de tjenestene som i dag tilbys av kommunens fysioterapeuter. (...)

Faren for at tjenesten blir gjenstand for en omfattende reduksjon er stor når tilsynsmyndigheten fratas mulighet for å påpeke at tjenesten inngår i et forsvarlig tjenestetilbud og når kommunens økonomi er svak. Det kan ikke anses forenlig med de utfordringene samhandlingsreformen vil gi kommunene når disse får et økt ansvar for å håndtere et større antall brukere og pasienter med sammensatte og kompliserte tilstander og diagnoser.»

15.5.5.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at kommunens ansvar for utredning, diagnostisering og behandling lovfestes i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 4. Bestemmelsen tilsvarer dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 2, jf. også § 1-3 andre ledd nr. 1 og nr. 3 til nr. 6. Departementet viser til punkt 13.2 for redegjørelse for gjeldende rett, særlig punkt 13.2.2, punkt 13.2.5 og punkt 13.2.8.

Forslaget til lovfesting av det kommunale ansvaret for utredning, diagnostisering og behandling er en videreføring av gjeldende rett.

Plikten til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester er imidlertid ikke begrenset til å gjelde de deltjenestene som er listet opp i dagens kommunehelsetjenestelov. Det er av sentral betydning at tjenestene omfatter både somatiske og psykiske lidelser. Kommunene må selv sørge for en bemanning som tilsier at kommunen kan yte forsvarlige tjenester ut fra lokale forhold og behov. Kommunenes plikt etter bestemmelsen er begrenset oppad mot spesialisthelsetjenesten, og begrenset i forhold til hva som naturlig må anses som det offentlige oppgaver.

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. Ordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å stå på en liste hos en fastlege, det vil si en lege som har inngått avtale med en kommune om deltagelse i fastlegeordningen. Legen har plikt til å prioritere de personene som står på sin liste, og er primærkontakt ved behov for legehjelp. En av intensjonene med ordningen er at fastlegen skal koordinere pasientenes behov for annen helsehjelp, herunder vurdere behov for undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. fastlegeforskriften § 7.

Fastlegen har ansvar for allmennelegetilbudet til personer på sin liste, herunder for øyeblikkelig hjelp til disse på dagtid. Fastlegene utfører også oppgaver som er nærmere konkretisert i § 3-2 for øvrig, for eksempel vil de ha en sentral rolle i å identifisere og iverksette forebyggende tiltak overfor pasienter i risikogrupper. Som eksempel kan nevnes personer med overvekt, som bør fanges opp tidlig og følges opp i tråd med nasjonale faglige retningslinjer. Departementet viser for øvrig til kapittel 19 hvor det er redegjort nærmere for fastlegeordningen og fastlegenes rolle.

Flere høringsinstanser har påpekt at en rekke profesjonsgrupper gjør utredning, diagnostisering og behandling, og at den foreslåtte lovregulering kan gi inntrykk av at det kun er fastlegen som gjør dette. Det hevdes derfor at den foreslåtte regulering er uheldig og unyansert.

Som presisert i kapittel 14 vil en rekke personellgrupper foreta utredning, diagnostisering og behandling omfattet av bestemmelsen, for eksempel fysioterapeuter, sykepleiere m.fl. Utredning, diagnostisering og behandling vil også skje innenfor ulike arenaer, for eksempel ved legevakt, hos fastlegen, i hjemmet eller på institusjon.

Den foreslåtte lovbestemmelsen er generelt utformet. Det fremgår av ordlyden at bestemmelsen ikke er uttømmende og at fastlegene ikke er den eneste personellgruppen som kan foreta utredning, diagnostisering og behandling, jf. bruk av begrepet «herunder». Når departementet har

valgt å lovfeste «fastlegeordningen», er det fordi dette er betegnelsen på en etablert nasjonal organisasjonsmodell som skal videreføres. Bruk av begrepet «lege» vil derfor være nødvendig i denne sammenheng.

En lovreguleringsform som skulle ta sikte på å lovfeste alle de personellgrupper eller profesjoner som innenfor kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste tar del i utredning, diagnostisering eller behandling av den enkelte pasient eller bruker, vil etter departementets syn være uheldig. For det første vil en slik reguleringsform måtte bli forholdsvis detaljert og omfattende dersom den skal være tilnærmet dekkende for kommunens samlede virksomhet. En eventuell mellomløsning hvor man bare velger å lovfeste de «viktigste» profesjonstjenestene, vil dernest gi et skjevt eller unyansert inntrykk av hvilke personellgrupper innenfor kommunens helse- og omsorgstjeneste som er involvert i «utredning, diagnostisering og behandling» av den enkelte pasient eller bruker, samt åpne opp for en diskusjon knyttet til om enkelte personellgrupper eller profesjoner er viktigere å prioritere enn andre. Under henvisning til departementets generelle drøftelse i kapittel 14 om lovforslagets detaljeringsgrad og profesjonsnøytralitet, har derfor departementet etter en helhetsvurdering kommet til at det ikke bør lovfestes ytterligere profesjonsspesifikke tjenester i tilknytning til lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 4.

For å motvirke den utvikling som enkelte høringsinstanser har vært bekymret for med nedprioritering av enkelte tjenester eller manglende «faglighet» i tjenestene, foreslår departementet flere tiltak, se nærmere omtale i punkt 15.5.2.3 om «Innholdskrav – kompetansekrav» som også får samme betydning her.

15.5.6 Medisinsk, sosial og psykososial habilitering og rehabilitering

15.5.6.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet å lovfeste tjenesten i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 5. Det ble presisert at bestemmelsen ville tilsvare dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 3 (medisinsk habilitering og rehabilitering), jf. også § 1-3 andre ledd nr. 3 (fysioterapitjeneste) og nr. 4 (sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie). Videre skulle bestemmelsen tilsvare deler av dagens bestemmelser i sosialtjenesteloven § 4-1, § 4-2 bokstav a og bokstav c og § 6-1.

15.5.6.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser har kommentert denne delen av lovforslaget. Blant annet uttaler *Statens helsetilsyn*:

«Bestemmelsen er i følge høringsnotatet ment å skulle videreføre bestemmelser fra både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven som på forskjellig måte kan knyttes til habilitering og rehabilitering. Statens helsetilsyn mener dette er en god løsning for å etablere en tverrfaglig tjeneste som kan ivareta pasienter og brukere med svært ulike behov, forutsatt at dette følges opp med nødvendige endringer i forskrifter og veiledningsmaterieell.»

Norsk Ergoterapeutforbund uttaler:

«Ved Stortingets behandling av samhandlingsmeldingen var det bred politisk enighet om å styrke rehabilitering, som ble for lite vektlagt i meldingen. For å tydeliggjøre rehabilitering har vi følgende forslag til endringer i § 3-2:

5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, inkludert arbeidsrehabilitering, herunder
- a. opptrening; fysisk, kognitivt og sosialt
 - b. tilrettelegging
 - c. råd og veiledning»

Videre har *Ergoterapeutforbund* uttalt:

«Råd og veiledning er rettet mot å øke mestring for personer som skal lære seg å leve med endret funksjon. Departementet må, ikke bare kan, i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i rehabiliteringstjenestene, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Brudd på disse kravene må følges opp med sanksjoner som fører til endring. For at forskriftene skal kunne benyttes i utvikling og kontroll av omfang og kvalitet på tjenestene, må de være like konkrete som Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Andre forskrifter, som Forskrift om habilitering og rehabilitering, er i dag alt for lite konkrete når det gjelder hvilke oppgaver helse- og omsorgstjenestene skal løse i kommunene. Dette gjør forskriften uegnet både til utvikling av kvalitetskriterier, tjenesteutvikling og tilsyn/kontroll. For å oppfylle lovens formål om nødvendig tilbud av tjenester til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og delta-

gelse må det stilles krav om tverrfaglig sammensetning av helsepersonell med rehabiliteringskompetanse.»

Også *Norsk fysioterapiforbund* støtter dette og foreslår i tillegg at «arbeidsrehabilitering» inntas som bokstav d) i en slik omformulert lovbestemmelse. Når det gjelder slik arbeidsrehabilitering har *Norsk Ergoterapeutforbund* (og *Norsk fysioterapiforbund*) blant annet uttalt:

«Arbeidsrehabilitering må være tema i helse-tjenestene, fordi kommunenes ansvar når det gjelder tiltak rettet mot arbeid og arbeidsplass, er uklart i dag. De helsefaglige sidene av arbeidsrehabilitering dekkes ikke tilfredsstillende av NAV. Det er et stort behov for å klargjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar i forhold til alle tre delmålene i IA avtalen, og hvordan samarbeidet med NAV skal sikres. Derfor bør dette eksplisitt nevnes i loven.»

Statens råd for likestilling av funksjonshemmede uttaler blant annet:

«Rådet er glad for at departementet gjennom denne definisjonen av habilitering og rehabilitering, tydeliggjør at habilitering og rehabilitering er noe mer enn medisinsk rehabilitering. Rådet tror dette kan være et godt utgangspunkt for å skape et tverrfaglig samarbeid om rehabiliteringsprosessen. Rådet savner allikevel en utdyping av hvordan det tverrfaglige samarbeidet skal sikres, og håper dette kommer tydelig fram av forskriften. Rådet foreslår følgende tekst til punktet om habilitering og rehabilitering: «Rehabilitering/habilitering skal bygge opp om den enkeltes mulighet for å delta aktivt på alle arenaer i samfunnet gjennom et helt livsløp, og må derfor ha et livsløpsperspektiv. Både barnehage, skole, utdanningsinstitusjoner og arbeidsliv er viktige arena som må trekkes med i en (re)habiliteringsprosess. Brukermedvirkningen må være grunnleggende, og den enkeltes individuelle mål må være styrende for innholdet i prosessen.»

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har gitt en tilsvarende uttalelse som Statens råd for likestilling av funksjonshemmede.

15.5.6.3 Departementets vurderinger og forslag

Kommunen skal sikre nødvendig tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av egen

læring, motivasjon, økt funksjons- og mestrings- evne, likeverd og deltagelse. Tjenestene skal tilbys og ytes ut fra et brukerperspektiv, samordnet, tverrfaglig og planmessig, i eller nærmest brukerens vante miljø i en for brukeren meningsfylt tilværelse.

Kommunale habiliterings- og rehabiliterings- tjenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov. Det er av sentral betydning at kommunene også opprettholder den sosialfaglige tilnærmingen for å sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet, varig nedsatt funksjonsevne og mennesker som må omstille seg i forhold til bolig, arbeid og sosial del- takelse som følge av sykdom eller skade. Dette er understreket av flere høringsinstanser.

Ved behandlingen av St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabilite- ringspolitikk* ga Stortinget sin tilslutning til forstå- elsen av rehabilitering som:

«Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samar- beider om å gi nødvendig assistanse til bruka- ren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.»

Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/ eller funksjonsproblemer.

Følgende elementer er sentrale i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser:

- En rehabiliteringsprosess må planlegges og gjennomføres ut fra brukerens individuelle behov. Selv om bistand fra helsepersonell og andre yrkesgrupper er nødvendig, er den beste rehabilitering i prinsippet den brukeren selv står for.
- Planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører, med et klart mål. Prosessene er tidsavgrenset. For mange pågår imidlertid en habiliterings- eller rehabilite- ringsprosess i perioder over lang tid, og for noen i perioder så lenge de lever.

Resultat måles i forhold til meistring og deltagelse

For personer med nedsatt funksjonsevne, rus- og/eller psykiske problemer vil ofte svært viktige deler av habilitering og rehabilitering gjelde for- hold knyttet til egenomsorg, å mestre å bo i egen bolig, bruke transportmidler, å forholde seg til andre mennesker i nærmiljø, å delta i organiserte

aktiviteter og mer generelt i samfunns- og arbeids- liv mv. Her vil tjeneste som personlig assistanse, jf. punkt 15.5.7, og brukerstyrt personlig assistanse, jf. punkt 15.5.15, kunne ha avgjørende betydning for resultatet av helhetlige rehabiliterings- og habi- literingsopplegg.

Kommunen skal også vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av brukerens samlede behov. Bistand fra kommu- nens personell skal også omfatte veiledning i bruk av hjelpemidler. Hjelpemidler og tilrettelegging av miljøet rundt den enkelte, spenner over et vidt spekter og forutsetter kompetanse også utover helsefagene. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra Arbeids- og velferdsetaten eller andre relevante instanser.

Individuell plan skal bidra til et helhetlig koor- dinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og er derfor ofte et viktig virkemiddel i rehabiliterings- og habiliteringsprosesser.

Departementet foreslår å lovfeste tjenesten i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 5. Bestemmelsen tilsvarende dagens bestemmelse i kommunehelsetje- nesteloven § 1-3 første ledd nr. 3 (medisinsk habi- litering og rehabilitering), jf. også § 1-3 andre ledd nr. 3 (fysioterapitjeneste) og nr. 4 (sykepleie, her- under helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie). Videre tilsvarende delen av dagens bestem- melser i sosialtjenesteloven § 1-1 bokstav b), § 4-1, § 4-2 bokstav a og bokstav c og § 6-1. Når det gjel- der redegjørelse for gjeldende rett, vises det til proposisjonens punkt 13.2.4, 13.2.5 og 13.2.8. Plik- ten i forskrift om habilitering og rehabilitering til å ha koordinerende enhet for habilitering og rehabi- litering er løftet inn i lovforslaget § 7-3.

Som det vil fremgå har Norsk Ergoterapeutfor- bund og Norsk fysioterapiforbund foreslått enkelte endringer i forhold til departementets for- slag i høringsnotatet, nærmere bestemt ved at det påpekes at også «arbeidsrehabilitering» bør lov- festes, samt at det nærmere innhold i habilitering og rehabilitering bør presiseres i lovtekst (opptre- ning, tilrettelegging, råd og veiledning), eventuelt utdypes i forskrifter med hjemmel i loven. Depar- tementet er enig med Norsk Ergoterapeutforbund og Norsk fysioterapiforbund når det gjelder viktig- heten av arbeidsrehabilitering. Etter departemen- tets vurdering vil imidlertid slik rehabilitering være omfattet av den generelle ordlyden i lovfors- laget § 3-2 første ledd nr. 5, og det vil dermed ikke være nødvendig å lovfeste dette eksplisitt. I tillegg vil departementet påpeke at en slik lov- regulering ville innebære at kun én avgrenset del av kommunens samlede habiliterings- og rehabilite- ringstjeneste, listes opp i lovbestemmelsen. Som

nevnt i punkt 15.6.4 har departementet foreslått at det i lovforslaget § 3-2 tredje ledd inntas en hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om krav til *innhold i tjenestene* etter bestemmelsen. Forutsatt at Stortinget slutter seg til slik lovregulering, vil det bli behov for gjennomgang av dagens forskrifter og forslag til nye eller endrede forskrifter vil bli sendt på høring. Blant de forskrifter som departementet vil vurdere behov for justering av, er forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering, og departementet har merket seg synspunktene fra Norsk Ergoterapeutforbund og Norsk fysioterapiforbund når det gjelder forskriftsregulering av arbeidsrehabilitering.

15.5.7 Andre helse- og omsorgstjenester

15.5.7.1 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å lovfeste kommunens plikt til å tilby andre helse- og omsorgstjenester, herunder; hjemmetjenester, heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon, personlig assistanse og avlastningstiltak i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6.

Bestemmelsen var ment å fange opp tjenester både i og utenfor institusjon, slik som kortvarige og langvarige opphold i sykehjem eller institusjon (kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 6 og sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d), hjemmesykepleie (kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 4) personlig assistanse (dagens «praktisk bistand» og «støttekontakt» etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a og bokstav c) avlastningstiltak (sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav b) og andre tjenester.

15.5.7.2 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser har uttrykt at forslaget til regulering av andre helse- og omsorgstjenester i høringsnotatet var uklart og lite konkretisert, særlig med hensyn til «hjemmetjenester», » heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon» og «personlig assistanse». *Statens råd for likestilling av funksjonshemmede* uttaler for eksempel:

«For det første er listen over ulike tjenester under lovens § 3-2 nokså lang, der andre helse- og omsorgstjenester er nevnt under punkt 6 i loven. I tillegg framstår tjenestene under punkt 6 som til dels overlappende, og rådet vil påpeke at begrepsbruken er uklar og lite konkret både når det gjelder innhold, formål og målgruppe. Tjenestene som er nevnt under lovtekstens

punkt 6, andre helse- og omsorgstjenester er: hjemmetjenester, heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon, personlig assistanse og avlastningstiltak. Det går for eksempel ikke fram av lovteksten hva som er forskjellen på hjemmetjenester og personlig assistanse. Av teksten går det heller ikke fram hvilke ulike varianter av personlig assistanse som tilbys, hvilke formål de ulike variantene skal ha og hvem som skal være målgrupper for de ulike tjenestene.»

Enkelte høringsinstanser har foreslått presiseringer i lovteksten. *Tvedestrand kommune* har foreslått:

«For å gjenspeile formålsparagrafen og gi en presisering av innholdet i tjenestene foreslås det at pkt. 6 a) og pkt. 6c) erstattes med:

Pkt. 6 a) praktisk bistand og opplæring i og utenfor hjemmet

Pkt. 6 c) hjemmebasert helsehjelp.»

Enkelte høringsinstanser har tatt opp spørsmålet om valg av tjenestetilbud og mulighet for eller rett til å motta tjenester i egen bolig. *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon* uttaler:

«Rett før høringsutkastet ble lagt frem understreket statsråd Audun Lysbakken i Stortingets spørretime at enhver har rett til å bosette seg der en selv vil og har en like selvfølgelig rett på fullverdige tjenester i selvvalgt bolig. Slik er ikke virkeligheten for mange som trenger omfattende bistand i eget hjem. Kommuner praktiserer loven slik at mange av dem som trenger omfattende bistand i eget hjem må ta til takke med det boligtilbudet kommunene tilbyr. Mange opplever tilbudet som upassende og lite tilfredsstillende. FFO forventet at retten til fullverdige tjenester i selvvalgt bolig ville bli stadfestet i den nye loven.»

Holmestrand kommune, sammen med flere andre kommuner, uttaler på sin side:

«Vi finner at § 3-2 nr 6 bokstav b er uklar i forhold til kommunenes plikt til å yte heldøgns tjenester i eget hjem. Kommunene krever nå tydelige signaler om samfunnet skal ha som ambisjon at pasienter/brukere skal kunne leve med 1:1 omsorg eller mer 24t/døgnet i eget hjem over lengre tid. Dette gjelder etter hvert flere grupper pasienter. De samfunnsøkonomiske konsekvensene er betydelige. Kommu-

nesamarbeidet i Vestfold har tidligere beregnet kostprisen for et slikt opplegg til minimum 4 ordinære sykehjemsplasser.

Vi viser til drøftingen og vedtak i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering 26.05.2008 om hjemmerespiratorbehandling. Prinsippene kan overføres til andre pasientgrupper. Vi viser videre til de tre prioriteringskriteriene som ble formulert av Lønning II utvalget, inkludert i forskriftene til Pasientrettighetsloven i 2000. (...)

Vi mener at de samme kriteriene må gjelde i kommunenes helse- og omsorgssektor. Det vil innebære at lovverket tydeliggjør at enkeltpersoner ikke kan kreve 1:1 bemanning eller mer 24t/døgnet i egen bolig over lengre tid når kommunen kan tilby verdig og forsvarlig tilbud i samlokalisert bolig eller institusjon.»

Flere høringsinstanser har hatt kommentarer til forslaget til regulering av «institusjon». Flere av instansene mener at kommunene bør ha plikt til å ha institusjonstilbud. *Fylkesmannen/Helsetilsynet i Rogaland* uttaler i den forbindelse:

«Fylkesmannen/Helsetilsynet i Rogaland er bekymret for konsekvensene av at kommunene, i følge lovforslaget, ikke lenger skal være pålagt å ha sykehjem/institusjon. Dette er lite forenlig med at flere krevende oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I følge Regjeringen sin Demensplan 2015 har også ca 80 % av beboere i sykehjem en demenslidelse. Flere av disse har behov for at det gjennomføres innleggelse eller tilbakeholdelse med tvang, noe som det i følge Pasientrettighetsloven kapittel 4A bare er anledning til i helseinstitusjoner. Det bør derfor være at krav at kommunene har plasser i institusjon.»

Fylkesmannen i Hedmark påpeker behovet for at kommunene skal ha tilbud om heldøgns tjenester i hjemmet i tillegg til i institusjon:

«Denne bestemmelsen er utydelig i forhold til (...) hvorvidt det bare er omfanget av hjelpen og tilgjengelighet til tjenester hele døgnet som medfører at den skal hjemles her, eller om det er innholdsmessige forskjeller i selve tjenesten. Vi mener teksten bør endres til heldøgns tjenester i eget hjem og institusjon. Det bør ikke legges opp til at kommunene fritt kan velge den ene eller den andre formen for tjenesteutforming, noe ordet eller kan tolkes som. Ikke minst innebærer forslaget fra departementet en fare for reetablering av et institusjonsbasert tjenestetil-

bud for personer med utviklingshemning. Lovforslaget samler flere typer institusjoner. Variasjonene mellom de ulike institusjoner er i dag såpass stort at det med fordel kan presiseres i lovteksten hva som menes med institusjon.»

Flere av høringsinstansene har hatt kommentarer til barneboliger. *Statens helsetilsyn* uttaler blant annet:

«Statens helsetilsyn forutsetter at det som i dag faller innenfor sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d) og kommunehelsetjenesteloven 1-3 annet ledd nr. 6 omfattes av samlebetegnelsen «institusjon», selv om uttalelsen i høringsnotatet på side 149 om at barnebolig eller aldershjem også er institusjoner som vil kunne være omfattet av bestemmelsen, gjør det noe uklart.

For sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie er det gitt forskrift om formål og oppgaver, drift og beboernes rettigheter, herunder rett til å klage på forhold ved driften til Helsetilsynet i fylket. For boliger med heldøgns omsorg etter sosialtjenesteloven er det også gitt forskrift, men denne avklarer kun hva som skal regnes som bolig med heldøgns omsorgstjeneste. Dette angis i forskriften å være: Aldershjem, bolig for barn under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsbolig, samt privat forpleining.

Når det gjelder barne- og avlastningsboliger (heretter omtalt som barnebolig) ser Statens helsetilsyn at departementet viderefører dagens ordning om at dette ikke er helseinstitusjon. Statens helsetilsyn kan ikke se at det er tungtveiende grunner for å videreføre dette skillet i en ny felles lov om helse- og omsorgstjenester. Det vil være en fordel med enkle og gjennomgående løsninger i forhold til institusjoners plikter. Det er kjent at mange barn i barneboliger har store helseplager i form av omfattende funksjonshemminger og kronisk sykdom. Dette gjelder både barn som bor fast i barnebolig, og de som har regelmessige opphold i barnebolig i form av avlastning. Statens helsetilsyn savner omtale av hvordan disse barna på en best mulig måte kan sikres forsvarlige helsetjenester.

Barn som bor eller oppholder seg regelmessig i barnebolig er i en særskilt situasjon. Det er sjelden én bestemt årsak til behov for opphold i barnebolig. De fleste har sammensatte og langvarige behov for tjenester. Statens helsetilsyn mener det bør vurderes om barne-

boliger bør defineres som en helse- og omsorgsinstitusjon. Under henvisning til de funn som ble avdekket i landsomfattende tilsyn med sosial- og helsetjenester i barneboliger 2009, som delvis er oppsummert i (...) høringsnotatet, mener vi at det er behov for en nærmere beskrivelse av innholdet i tjenestene som skal inngå i en barnebolig.»

Også *Hesledirektoratet* har hatt synspunkter på dette og uttaler blant annet:

«... at det særlig for barneboliger er viktig å etablere et klart og tydelig regelverk for hvilket ansvar både kommunen og personellet har for denne tjenesten, med tanke på at de barna som bor i barneboliger ofte er svært syke og trenger omfattende helse- og omsorgstjenester. Det vises til Statens Helsetilsyns rapport 2/2010 – Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009, der det fremgår at regelverket på dette området er uklart for kommunene. Helse- og omsorgstjenestene mener derfor at aldershjem og barneboliger bør defineres som institusjon.»

De høringsinstansene som har uttalt seg om det foreslåtte begrepet «personlig assistanse», har påpekt at begrepet delvis er uklart og at det er vanskelig å skille dette begrepet fra de andre tjenestene. *Fylkesmannen i Hedmark* har uttalt:

«Det er positivt å fremheve en tjeneste som «personlig assistanse» uten at det regnes som brukerstyrt personlig assistanse. Det er imidlertid noe uklart om denne tjenesten retter seg mot tilfeller der det bare er en (personlig) fast tjenesteyter som skal gi hjelpen, eller om det er ment som hjelp til personlige gjøremål. Videre vil begrepet «personlig assistanse» være unøytig der det er behov for opplæring i dagliglivets gjøremål. Opplæringstiltak vil således ikke passe naturlig inn som assistanse.»

Statens helsetilsyn uttaler:

«Tjenesten personlig assistanse omfatter mange og til dels ulike oppgaver. Bl.a. skal tjenesten ivareta oppgaver i pasientens og brukers hjem som i dag omtales som personrettet praktisk bistand (egenomsorg og personlig stell), opplæring for å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpent, hjemmehjelp og annen hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet (praktisk bistand). Videre omfatter tjenes-

ten bistand til å delta i fritidsaktiviteter. Tjenestene i bokstav a), b) og c) er dermed til dels overlappende. De ytes i pasientens og brukers hjem, og skal ivareta mange av de samme behovene. Det kan for eksempel være vanskelig å skille når det som i dag benevnes som praktisk bistand skal gis som hjemmetjenester, som personlig assistanse eller som heldøgns tilbud i eget hjem. På samme måte kan hjelp til personlig stell ytes etter alle de tre tjenestene. Er det pasient- og brukergruppen, alder eller andre faktorer hos pasient og bruker som avgjør om det ytes hjemmetjenester, personlig assistanse eller heldøgns tilbud i eget hjem, eller er det knyttet til kompetanse hos personalet som skal yte tjenesten? Dette er vanskelig å avgjøre da de ulike tjenestene ikke beskrives tilstrekkelig til å skjønne hvilke funksjoner de skal ha og hvilke oppgaver de skal utføre.

Enkelte av høringsinstansene har kommentert at «personlig assistanse» i høringsforslaget også omfatter bistand til deltagelse i fritidsaktiviteter og støttekontakt. *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet* uttaler:

«Både støttekontakttjenesten og dagens praktiske bistand omfattes nå av begrepet personlig assistanse etter lovforslaget § 3-2, første ledd nr. 6, bokstav c. Støttekontakttjenesten videreføres ikke som den eneste måten å organisere tjenesten på. Tjenesten kan gis som organisert deltakelse i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettelagte tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon. Direktoratet er positivt til at det åpnes for flere måter å organisere tjenesten på. Vi er imidlertid usikre på hvordan lovforslaget vil virke i praksis. For det første vil det være vanskelig for pasienter og brukere å kunne søke på støttekontakttjenesten når den ikke er synlig i lovteksten. For det andre kan det være en risiko for at forslaget om å organisere tjenesten på flere ulike måter, kan bidra til at søkere, uavhengig av behov, får et avgrenset tilbud med gruppertildelede tjenester fordi dette er mindre kostnadskrevenne for kommunen. Etter direktoratets oppfatning bør også mennesker med funksjonsnedsettelse kunne velge fritidsaktiviteter ut fra egne interesser og ikke fra en begrenset meny med grupperettede tiltak. Direktoratet ønsker derfor at det kommer tydelig fram av lovteksten at brukers interesser så langt som mulig skal være styrende for valg av fritidstiltak.»

15.5.7.3 Departementets vurderinger og forslag

Den demografiske utviklingen med et økende antall eldre mennesker vil på sikt øke behovet for omsorgstjenester betydelig. Fremtidige løsninger for sektoren må derfor bygge på en lokalt forankret omsorgstjeneste som gir god ressursutnyttelse gjennom smidig tilpasning til lokale forhold og behov og tett samspill med familie og lokalsamfunn. Et godt utbygd kommunalt omsorgstjenestetilbud bidrar til å utsette eller forhindre sykehjems- og sykehusinnleggelse. Prioriteringene mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten må derfor styres av prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå.

Som nevnt har kommunene ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder eller diagnose. Det er av sentral betydning at tjenestene omfatter både somatiske og psykiske lidelser, funksjonsnedsettelse og avhengighetsproblemer.

Når departementet har valgt å bruke fellesbetegnelsen «andre helse- og omsorgstjenester» i § 3-2 første ledd nr. 6 er begrunnelsen delvis å samle de tjenestene som i dag ofte omtales som pleie- og omsorgstjenester og som på ulike måter ofte er organisert sammen i kommunene. Samtidig har det vært viktig for departementet å velge en inndeling av tjenestene som gjør det enkelt å skille tjenestene i forhold til saksbehandlingsregler, regler om bruk av tvang og egenbetalingsregler. Det skal for eksempel fattes enkeltvedtak etter forvaltningslovens regler for alle typer tjenester etter § 3-2 første ledd nr. 6, som forventes å vare lenger enn 2 uker. Forvaltningslovens anvendelse er nærmere drøftet i kapittel 11.

Flere høringsinstanser tar opp spørsmålet om hvem som avgjør formen på tjenestetilbudet, for eksempel om tjenester skal gis i hjemmet eller i institusjon. Som etter dagens regelverk er det kommunen som i utgangspunktet bestemmer i hvilken form tjenestene skal gis. Pasient og bruker skal imidlertid få anledning til å medvirke til valg av tjenestetilbud, og formen for tjenesteyting må være forsvarlig.

Departementet er enig med høringsinstansen i at inndelingen og omtalen av de ulike «andre helse- og omsorgstjenester» i høringsnotatet delvis var uklar og overlappende. Særlig synes forsøket på å etablere et skille mellom hjemmetjenester, heldøgns tjenester i eget hjem og personlig assistanse å være utfordrende. For i større grad å unngå dette, fremgår det av lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6 at kommunens ansvar for andre helse- og omsorgstjenester blant annet («her-

under» i lovteksten) skal omfatte a) helsetjenester i hjemmet, b) personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, c) plass i institusjon, herunder sykehjem og d) avlastningstiltak.

For å kunne yte forsvarlige tjenester må kommunene ha tilgjengelig ulike helse- og omsorgstjenester 24 timer i døgnet, enten som tjenester i eget hjem eller institusjon. Departementet har ikke funnet det nødvendig i presisere dette i lovteksten. Tradisjonelt har heldøgns tilbud blitt gitt i institusjoner, men i dag ytes det også i egne hjem. Det vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering om heldøgns tjenester i det enkelte tilfellet bør ytes i hjemmet eller i institusjon.

Med «helsetjenester i hjemmet» i bestemmelsens bokstav a siktes det i og for seg ikke til noen klart definerte tjenester som skal tilsvare de tjenestebegreper som benyttes i dagens regulering, men hensikten er å tydeliggjøre at det her dreier seg om ulike helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten. Det er slik sett ikke ment å innføre noen rettslige grenser for omfang og type helsetjenester som kan ytes hjemme, men dette vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering. Helsetjenester i hjemmet vil blant annet omfatte det som i dag omtales som hjemmesykepleie. I tillegg kan ergoterapi, fysioterapi og foterapi være aktuelle tjenester.

Begrepet «i hjemmet» i lovteksten brukes for å avgrense mot institusjon. Dette vil også omfatte omsorgsboliger og andre tilpassede boliger som ikke er institusjon.

«Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt» etter bestemmelsens bokstav b er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a og c. Praktisk bistand omfatter hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen, for eksempel innkjøp av varer, matlaging og vask av klær og bolig m.v. Videre omfattes hjelp til egenomsorg og personlig stell. Med opplæring menes opplæring i dagliglivets gjøremål. Formålet med opplæringen skal være å bidra til å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpel i dagliglivet.

Begrepet «personlig assistanse» er valgt for å understreke viktigheten av brukermedvirkning og brukerstyring i tjenesten.

Personlig assistanse omfatter også deltagelse i fritidsaktiviteter. Støttekontakt er én måte å gi personlig assistanse på, til deltagelse i fritidsaktiviteter. Personlig assistanse kan også organiseres som bistand til organisert deltagelse i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettelagt tilbud i samar-

beid med en frivillig organisasjon. Personlig assistanse kan være et viktig tiltak i forhold til barn, unge og voksne med psykiske problemer, yngre og eldre med funksjonsnedsettelse, innvandrere som er ukjent med det norske samfunnet, familier med sammensatte problemer, personer med rusmiddelproblemer mv. Det er sentralt at tjenesten ytes med stor grad av brukermedvirkning, basert på en helhetlig vurdering av brukers behov og ønsker.

«Plass i institusjon, herunder sykehjem» i bestemmelsens bokstav c er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 6 om sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie og sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d om plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker (i forskrift definert som aldershjem og bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsboliger).

Lovteksten er ikke begrenset til disse institusjonstypene. En videreutvikling av den kommunale helse- og omsorgstjeneste kan innebære at kommuner ønsker å bygge opp andre kommunale institusjoner, for eksempel for å oppfylle kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter loven § 3-5.

Sykehjemmene har en sentral plass i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Enkelte høringsinstanser har pekt på at begrepet «sykehjem» fortsatt bør fremgå av lovteksten, jf. for eksempel Pensjonistforbundet. Departementet har blant annet av den grunn valgt å la plikt til å ha «sykehjem» fremgå av lovteksten.

Departementet vil vurdere om det er behov for å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om krav til institusjoner etter loven.

«Avlastningstiltak» i bestemmelsens bokstav d er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav b. Kommunen skal ha avlastningstilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastningstiltak er en forutsetning for at pårørende og andre skal ha mulighet til å utføre en så stor andel av omsorgstjenestene som de utfører i dag. Avlastning kan gis ut fra ulike behov og organiseres på ulike måter. Tjenesten kan tilbys i eller utenfor hjemmet, i eller utenfor institusjon og skal omfatte et forsvarlig tjenestetilbud for personen som har omsorgsbehovet. Avlastningstiltak skal hindre overbelastning, gi omsorgsytter nødvendig fritid og ferie og mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. Det er viktig at det organiseres forskjellige avlastningsformer fordi behovene er svært ulike. God koordine-

ring av løpende tjenester og bruk av individuell plan vil også bidra til å avlaste pårørende.

St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*, legger til grunn en videreutvikling av ordninger som kan bidra til å gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og pleietrengende voksne og eldre. Omsorgsplan 2015 vektlegger pårørendes omsorgsinnsats som en stor samfunnsøkonomisk ressurs. Det offentlige må for å støtte opp om den frivillige omsorgsinnsatsen gi avlastning, informasjon og veiledning om individuelt tilpassede løsninger. I denne sammenheng er det viktig at tjenesten organiserer seg inn mot – og ikke ut av – familie og lokalsamfunn.

15.5.8 Særlig om psykisk helsetjeneste og rustjeneste

15.5.8.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet viste departementet til at somatisk og psykisk lidelse var likestilt i forhold til lovforslaget § 3-2. Også behandling av og tjenester til rusmiddelavhengige var omfattet av den foreslåtte bestemmelse. Departementet foreslo derfor ikke å lovfeste en særskilt plikt for kommunen til å sørge for psykisk helsetjeneste eller behandling av rusmiddelavhengige, men det ble lagt til grunn at dette er en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester som vil falle inn under den overordnede regulering av helse- og omsorgstjenester som ble foreslått i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1 til nr. 6.

15.5.8.2 Høringsinstansenes syn

I høringen er det fremkommet et antall høringsuttalelser som med ulike begrunnelse er rettet mot manglende presiseringsgrad eller profesjons-spesifisering i lovutkastet. I hovedsak består kritikken av uttalelser fra bruker- og pårørendeorganisasjoner (*Mental helse Norge, ADHD Norge, FFO, Unge funksjonshemmede, LPP, Rådet for psykisk helse*), profesjonsorganisasjoner (*FO, Psykologforeningen, Norsk fysioterapiforbund*) og fagmiljøer for psykisk helse (*Folkehelseinstituttet, Høgskolen i Vestfold*). I tillegg har tre Fylkesmenn/Helsetilsynet i fylket, to kommuner og *Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet* uttrykt bekymring for manglende konkretisering av ansvaret for tjenester til mennesker med psykiske problemer og lidelser.

Flere høringsinstanser har uttrykt bekymring for at loven ikke omfatter psykisk helse som

begrep, og at dette vil medføre en nedprioritering av tjenester til denne målgruppen.

Flere av høringsinstansene uttaler at presiseringen av kommunens ansvar i forarbeidene ikke er tilstrekkelig for å sikre at kommunen i tilfredsstillende grad prioriterer tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer.

Videre ønsker flere av høringsinstansene at psykisk helsearbeid defineres som tjeneste i selve lovforslaget, og/eller at det stilles spesifikke krav til psykologkompetanse

Helsedirektoratet uttaler blant annet at de mener at:

«(...) psykisk helse og rus lett vil bli nedprioritert av kommunen dersom det ikke nevnes særskilt i loven. Det bør derfor etter vår vurdering gå klart frem i lovens formålsbestemmelse at psykisk helse og rus omfattes».

Direktoratet vurderer det for øvrig som svært viktig at emnet omtales og tydeliggjøres i forarbeidene.

Rådet for psykisk helse uttaler blant annet:

«Psykisk helse er ikke presisert i helsebegreper brukt i loven, verken i dagens lov eller forslaget til ny lov. (...) Vi ser ikke at lovforslaget er tydelig nok for å sikre at alle kommuner har psykisk helsearbeid med godt faglig innhold til både barn, unge og voksne. (...) vi mener det er nødvendig at ordet psykisk helse også er med i lovteksten.

Nasjonalt folkehelseinstitutt uttaler blant annet:

«(...) selve lovforslaget i for liten grad ivaretar personer med psykiske lidelser. Slik sett er det liten eller ingen styrking av dette lovforslaget sett i forhold til eksisterende lov».

15.5.8.3 Departementets vurderinger og forslag

Som nevnt likestilles somatisk og psykisk lidelse i forhold til lovforslaget § 3-2. Også behandling av rusmiddelavhengige omfattes av bestemmelsen, jf. imidlertid de særregler som er inntatt i lovforslagets kapittel 10.

Stortinget har ved behandling av samhandlingsmeldingen tydelig understreket at tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er høyt prioritert. For å sikre en grundig behandling av områdene gis en supplerende omtale av lovforslagets regulering av tjenestetilbudet innen psykisk helse og rus, herunder oppfølging av Stortingets anmodningsved-

tak om forankring av tverrfaglig psykisk helsearbeid.

Psykisk helsearbeid

Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2008-2009), jf. Budsjett-innst. S. nr.11 (2008-2009), fattet Stortinget 9. desember 2008 følgende vedtak (vedtak nr. 122):

«Stortinget ber Regjeringen utrede behov og forankring av et tverrfaglig psykisk helsearbeid i kommunene.»

Psykisk helsearbeid i kommunene forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser er i første rekke en utfordring for arbeidsliv, barnehage, skole, fritidsarenaer, idrettsmiljø mv. Helse- og omsorgstjenesten skal på sin side delta i og understøtte det forebyggende arbeidet, ved siden av tjenestens støttende og kurative funksjoner.

Psykiske helsetjenester i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte- og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Her inngår også å inneha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen i kommunen og over behovet for tiltak og tjenester. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om psykisk helsearbeid.

Utredningen NOU 2009: 22 *Det du gjør, gjør det helt*, har foreslått en tydeliggjøring av kommunens ansvar når det gjelder psykisk helsearbeid.

Flere av høringsinstansene, herunder *Mental Helse, Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Unge funksjonshemmede, ADHD Norge, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon* og *Norsk psykologforening*, mener at profesjonsnøytraliteten i loven skaper uklarhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse for å diagnostisere og behandle psykiske problemer og lidelser.

Departementet viser til en betydelig satsing på kompetanseheving innen psykisk helse i kommunal sektor, blant annet tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge og modellutprøving av psykologer i kommunen. Departementet legger videre til grunn at også fastlegene i sin kontakt med befolkningen ivaretar mennesker med psykiske problemer og lidelser.

En tiårig satsing på psykisk helse er nå fullført i henhold til St.prp. nr 63 (1997-98) *Om Opptrappingsplan for psykisk helse*. Evalueringsrapport fra Norges forskningsråd viser at opptrappingsplanens kvantitative mål langt på vei er nådd. Samtidig viser rapporten at det gjenstår utfordringer når det gjelder innhold og kvalitet i tjenesten. Dette legger et grunnlag for det videre arbeidet med fortsatt styrking og utvikling av innholdet og kvaliteten i det psykiske helsearbeidet ut fra de kvalitative målene.

Den økonomiske delen av Opptrappingsplanen er fullført i henhold til forutsetningene i St. prp. nr. 63 (1997-98). Storparten av de øremerkede midlene til kommunene har gått til finansiering av personell i oppbygging og drift av tiltak for barn, unge og voksne. De øremerkede midlene på om lag 3,5 mrd. kroner ble i 2009 innlemmet i kommunenes frie inntekter. Evalueringen viser at Opptrappingsplanen har bidratt til å gi psykisk helsearbeid i kommunene et løft. Dels har dette skjedd ved at kommunene er tilført statlige midler gjennom øremerkede tilskudd, dels ved at disse overføringene har utløst betydelig kommunal egeninnsats. Det er bygd om lag 3 200 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser.

Flere høringsinstanser både fra bruker- og fagorganisasjoner (*Mental Helse, Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Unge funksjonshemmede, Rådet for psykisk helse, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Fylkesmannen i Finnmark, Fylkesmannen/Helsetilsynet i Hedmark, Norsk psykologforening*) ønsker at psykisk helsearbeid eller tilliggende deltjeneste som dagsentertilbud bør lovfestes som en plikt for kommunene. Flere argumenterer for at en lovfesting, i tillegg til å sikre tilbudet til målgruppen, vil bidra til å forhindre en nedprioritering av tjenester til mennesker med psykiske problemer og lidelser i kommunene.

Flere av høringsinstansene nevnt tidligere (*Voksne for barn, Rådet for psykisk helse, Helse- og omsorgstjenesteloven, Nasjonalt folkehelseinstitutt*) har uttrykt en generell bekymring for at manglende presisering av psykisk helse som begrep i selve lovteksten også vil føre til en svekket prioritering av målgruppen mennesker med psykiske problemer og lidelser.

Departementet legger til grunn at kommunene i dag har et klart ansvar for å sørge for psykisk helsetjeneste. Som nevnt har Opptrappingsplanen for psykisk helse i perioden 1999-2008 styrket kommunens kapasitet og kompetanse til å ivareta behovene i befolkningen. Det foreslås imidlertid ikke å lovfeste en særskilt plikt for

kommunen til å sørge for psykisk helsetjeneste, men departementet legger til grunn at dette er en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester som vil falle inn under den overordnede regulering av helse- og omsorgstjenester som er foreslått i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1 til nr. 6.

For å tydeliggjøre dette har imidlertid departementet etter en helhetsvurdering foreslått at det i lovforslaget § 3-1 andre ledd inntas en presisering av at blant annet psykisk helse vil være omfattet av kommunens sørge – for – ansvar, nærmere bestemt:

«Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.»

Departementet legger til grunn at presiseringen tydeliggjør at psykisk helsetjeneste er en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester, som forutsatt i lovforslagets høringsnotat.

Departementet viser også til lovforslaget § 3-3 og nærmere omtale i kapittel 17.

Kommunalt rusarbeid

Kommunalt rusarbeid er tiltak og tjenester rettet inn mot mennesker med rusrelaterte problemer og konsekvenser av rusmiddelproblemer hos den enkelte, samt forebyggende tiltak rettet mot den kommunale befolkningen som helhet, for eksempel begrensede skjenketider for alkoholholdig drikk. Kommunalt rusarbeid legger vekt på helhetlig tenkning med forebygging, tidlig oppdagelse og intervensjon, rehabilitering, behandling og skadereduksjon. Arbeidet omfatter alle typer rusmiddelproblemer: alkohol, medikamenter og narkotiske stoffer.

Kommunen har hovedansvar for å gi råd, veiledning og hjelpetiltak overfor rusmiddelavhengige. Kommunen skal sørge for behandlingsopplegg når det er behov for det lokalt eller i egnet behandlings- eller omsorgsinstitusjon, og har også et oppfølgingsansvar under og etter institusjonsopphold. I forbindelse med rusreformen ble kommunehelsetjenestens og fastlegens ansvar for å gi rusmiddelavhengige tilgang til nødvendige helsetjenester og å bidra til utforming av et eget hjelpe- og behandlingstilbud tydeligere. Reformen innebar at fastlegen på samme måte som for andre innleggelses i spesialisthelse-

tjenesten kunne henvise rusmiddelavhengige til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette innebar at det for den enkelte ikke var nødvendig å gå via sosialtjenesten for henvisning til videre behandling. I mange tilfeller vil det være aktuelt med et tett samarbeid mellom mange tjenester for å få til et helhetlig opplegg med flere tiltak. Når det er behov for det og klienten ønsker det, skal kommunen bistå med å etablere et behandlingsopplegg. Dette opplegget kan blant annet omfatte personlig assistanse, etablering av støtteopplegg på arbeidsplassen, andre tjenester etter denne loven og kontakt med spesialisthelse-tjenesten.

Opptrappingsplanen for rusfeltet har i perioden 2006 til 2011 gitt en satsning på totalt 1020 millioner kroner (prisjustert 2011). Opptrappingsplanens innsats og tiltak mot kommunesektoren retter seg blant annet inn mot økt kompetanse og kvalitet i tjenestene, bedre styringsinformasjon, blant annet i form av statistikk, lavterskel tilbud, bedre oppfølgingstjenester og økt innsats mot brukere i LAR. Statusrapporteringen viser at de aller fleste tiltakene i planen er igangsatt og at det skjer mye bra på rusfeltet, både på forebyggings-siden og for de som lever med et rusproblem. På en annen side er det fortsatt utfordringer på rusfeltet, og det vil være et behov for fortsatt satsing i de kommunale tjenestene. Stoltenbergutvalget som avleverte sin rapport sommeren 2010, har vurdert hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp. Utvalgets rapport har vært på høring og departementet vil føre en bred dialog med brukere, pårørende, fagfeltet og kommunene før saken legges frem for Stortinget.

Departementet legger til grunn at kommunene i dag har et ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til mennesker med rusrelaterte problemer og konsekvenser av rusmiddelproblemene hos den enkelte. Det foreslås imidlertid ikke en særskilt lovfesting av denne type tjeneste, idet det legges til grunn at denne type tjenester vil falle inn under den overordnede regulering av helse- og omsorgstjenester som er foreslått i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1 til nr. 6.

For å presisere at kommunene i dag har et klart ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til mennesker med rusrelaterte problemer og konsekvenser av rusmiddelproblemene, har imidlertid departementet etter en helhetsvurdering foreslått at det i lovforslaget § 3-1 andre ledd inntas en presisering av at blant

annet rusmiddelproblemer vil være omfattet av kommunens sørge – for – ansvar, nærmere bestemt:

«Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.»

Departementet legger til grunn at presiseringen tydeliggjør at rusavhengighetsproblematikk omfattes som en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester, som forutsatt i lovforslagets høringsnotat.

Departementet viser for øvrig til lovforslaget § 3-3 og nærmere omtale i høringsnotatets kapittel 17.

15.5.9 Nærmere om ernæringsarbeid/kostveiledning

Ernæringsarbeid og kostveiledning i kommunene er ikke omtalt i dagens lovgivning. Ernæring er viktig i forebygging, behandling og rehabilitering tilknyttet underernæring, type 2-diabetes, kreft, hjerte- og karsykdommer, overvekt og fedme, tannråte, matvareallergier/intoleranser, mage- og tarmsykdom. Det er også utfordringer på ernæringsområdet innen psykisk helsevern og rus, habilitering og rehabilitering.

Underernæringsproblematikken er særlig dokumentert i senere års tilsynsrapporter og kompetansebehovet avdekket gjennom kartlegging blant annet i sykehjem.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* viser til at det er dokumentert behov for å styrke spisskompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten. Dagens spisskompetanse på ernæring er i spesialisthelsetjenesten, men kapasiteten er for liten til å kunne bistå kommunene med veiledning. Ernæringskompetanse kan eventuelt knyttes til lokalmedisinske sentre eller tilsvarende samlokaliseringer i skjæringspunktet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Innst. 11 S (2009-2010) viser komiteen til at «det er store geografiske ulikheter i tilgang på klinisk ernæringsfaglig kompetanse i Norge. Tilgangen på klinisk ernæringsfaglig kompetanse er langt lavere i Norge enn i land det er naturlig å sammenligne oss med. Kliniske ernæringsfysiologer er en nødvendig samarbeidspart i det videre arbeidet med samhandlingsreformen».

15.5.10 Nærmere om enkelte tjenester som tidligere har vært eksplisitt lovregulert

15.5.10.1 Innledning

Som redegjort for i punkt 13.2 og 13.3. inneholder dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov eksplisitt lovregulering av en rekke deltjenester. I og med at departementet foreslår en mer overordnet og generell regulering av kommunens plikt til å tilby eller yte nødvendige helse- og omsorgstjenester, vil det ikke lenger være aktuelt å operere med en så detaljert eller profesjonsspesifikk angivelse av de ulike deltjenestene som kommunens totale tjenestetilbud kan bestå av, jf. nærmere om dette i proposisjonens kapittel 14. Lovforslaget innebærer en videreføring av gjeldende rett når det gjelder de ulike tjenesters innhold og omfang.

I det videre skal det knyttes enkelte kommentarer til noen deltjenester som i dag er eksplisitt lovregulert, men som ikke foreslås eksplisitt nevnt i lovforslaget. Nærmere redegjørelse for disse deltjenestene fremgår av punkt 13.2 og 13.3.

15.5.10.2 Sykepleietjenester, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie

Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å ikke videreføre den eksplisitte lovfesting av sykepleietjenester som følger av dagens kommunehelsetjenestelov. Departementet presiserte imidlertid at forslaget var ment å innebære videreføring av gjeldende rett og at sykepleietjenester ville være omfattet av flere av lovforslagets ulike del-elementer i § 3-2.

Høringsinstansenes syn

En rekke høringsinstanser har kommentert denne delen av departementets lovforslag. Blant annet uttaler *Helsedirektoratet*:

«I den nye kommunerollen som Samhandlingsreformen legger opp til, der det bl.a. skal gis tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold, mener direktoratet det er en forutsetning at kommunene har en godt utbygd fysioterapitjeneste, og en god jordmor- og sykepleietjeneste.»

Som redegjort for i kapittel 14 har *Statens helsetilsyn* påpekt at flere yrkesgrupper kan ha kompe-

tanse til å yte mange av de samme tjenestene og at det avgjørende er at tjenestene som tilbys er av god nok kvalitet, gis i tilstrekkelig omfang og til rett tid. Det vises også til at det heller ikke i dag stilles krav om bestemte profesjoner i sosialtjenesteloven, men at forslaget vil ha betydning for tjenester som i dag ytes etter kommunehelsetjenesteloven.

Norsk Sykepleierforbund har uttalt at den fagspesifikke kompetansen som utøves av andre enn leger må sikres og omtales gjennom et tydelig lovverk. Noe annet vil ifølge forbundet:

«(...) først og fremst [...] ramme de pasientgruppene som det er fokus på i samhandlingsreformen; de som har sammensatte og komplekse hjelpebehov og stort behov for koordinerte tjenester, samt de som vil profitere på økt forebyggende og helsefremmende innsats».

Sykepleieforbundet synes også at «det er demotiverende og ødeleggende for ansvarlige yrkesutøvere og for kvaliteten å forsøke å fjerne forskjeller mellom fag og ansvarsroller i tjenesteutøvelse og i samhandlingsprosesser».

For ytterligere redegjørelse for høringsinstansenes vurdering av forslaget om overordnet og profesjonsnøytral lov generelt, samt manglende lovfesting av sykepleietjenester spesielt, viser departementet til proposisjonens kapittel 14.

Departementets vurderinger og forslag

For en prinsipiell redegjørelse og drøftelse knyttet til valgt lovreguleringsteknikk, herunder bruk av en mest mulig profesjonsnøytral angivelse av kommunens plikter, viser departementet som nevnt til kapittel 14 hvor det også er redegjort for en rekke høringsuttalelser. Som det vil fremgå har departementet valgt en lovgivningsteknikk som tilsier minst mulig bruk av profesjonsspesifikke tjenestebegreper.

Departementet vil imidlertid understreke at kommunen må ha tilgang på nødvendig personell for å utføre sine oppgaver, samtidig som kommunen bør stå fritt til å bestemme organiseringen av tjenestene, herunder personell- og kompetansespørsmål. De oppgavene som ivaretas av helsesøstre vil særlig bli omfattet av § 3-2 første ledd nr. 1 og nr. 2, eventuelt også nr. 4. Etter departementets oppfatning er det derfor ikke nødvendig å videreføre opplistingen av helsesøstertjeneste i den nye loven.

Når det gjelder hjemmesykepleie vises det til redegjørelsen under punkt 15.5.7 hvor det frem-

går at hjemmesykepleie vil omfattes av begrepet «helsetjenester i hjemmet» etter lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a. Etter departementets oppfatning er det derfor ikke nødvendig å videreføre opplistingen av hjemmesykepleie i den nye loven.

Som nevnt har en rekke høringsinstanser uttrykt bekymring overfor en overordnet og profesjonsnøytral lovregulering av kommunens plikter, herunder i forhold til manglende lovfesting av sykepleietjenester. Bekymringen knytter seg til at enkelte kommuner vil nedprioritere profesjons-spesifikke tjenester når disse ikke lenger fremgår av loven, samt at manglende profesjonsangivelse kan åpne for at kommunen velger å ansette personell uten nødvendig fagkompetanse innefor ulike deltjenester. Flere høringsinstanser har derfor bedt departementet vurdere å innføre innholds-krav til tjenestene eller krav til personellkompe-tanse for ulike tjenester, herunder i forhold til det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det foreslås at slike krav inntas enten i lovtekst eller i forskrifter.

Departementet har etter en helhetsvurdering kommet til at det ikke bør lovfestes slike innholds- eller kompetansekrav. For å motvirke den utvikling som enkelte høringsinstanser har vært bekymret for med nedprioritering av enkelte tjenester eller manglende «faglighet» i tjenestene, foreslår imidlertid departementet flere tiltak, se nærmere omtale i punkt 15.5.2.3 om «Innholds-krav – kompetansekrav» som også får samme betydning for sykepleietjenestene.

15.5.10.3 Fysioterapitjenester

Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å ikke videreføre den eksplisitte lovfesting av fysioterapi-tjenester som følger av dagens kommunehelsetje-nestelov, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 3. Departementet presiserte imid-lertid at forslaget var ment å innebære viderefø-ring av gjeldende rett og at fysioterapitjenester ville være omfattet av flere av lovforslagets ulike delelementer i § 3-2.

Høringsinstansenes syn

En rekke høringsinstanser har kommentert denne delen av departementets lovforslag. *Helse-direktoratet* uttaler blant annet:

«I den nye kommunerollen som Samhandlings-reformen legger opp til, der det bl.a. skal gis tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold, mener direktoratet det er en forutsetning at kommunene har en godt utbygd fysioterapitje-neste, og en god jordmor- og sykepleietje-neste.»

Videre har Helsedirektoratet uttalt:

«Ergoterapeuter og fysioterapeuter er viktige samarbeidspartnere innen habilitering og rehabilitering, men Helsedirektoratet vil understreke at andre profesjonsgrupper ikke kan erstatte fysioterapeuter når det gjelder behandling av pasienter med for eksempel muskel og skjelettlidelser, barn med funksjons-hemninger, eldre med funksjonssvikt, revmatis-kere, kols-pasienter, pasienter med hjerneslag eller behov for opptrening etter hofteoperasjo-ner, vurdering av små-/ spedbarns motorikk på helsestasjoner og så videre.

Fysioterapitjenesten er etter direktoratets syn helt nødvendig for å redusere omfanget av muskel- og skjelettlidelser i befolkningen og for å nå målene om å redusere sykefravær og antallet uføretrygdede, samt å få folk raskere tilbake i arbeid.»

Norsk Fysioterapiforbund uttaler:

«NFF er opptatt av at fysioterapitjenesten må omtales og lovreguleres i § 3-2, i og med at en av premissene i lovforslaget er å videreføre gjeldende rett. Fysioterapitjenesten er en svært viktig del av kommunehelsetjenesten. Dersom den ikke er lovpålagt, kan den stå i fare for å bli nedprioritert i økonomiske innsparingstider. (...).

Kommunene har allerede i dag krevende faglige oppgaver, og det foreliggende lovforsla-get tar sikte på å øke oppgavene både i omfang og kompleksitet. Dette innebærer at kommunen trenger nødvendig fagkompetanse både til tjenestene som skal ytes, og til å vurdere hva som mangler av kompetanse for å løse helse- og omsorgsoppgavene. Tjenestene bør derfor gis et så tydelig innhold at det kan avledes hvil-ken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgavene. For enkelte tjenester bør det også vurderes om det i forskrifts form bør konkreti-seres kompetansekrav, på tilsvarende eller til-nærmet samme måte som gjeldende forskrift om legemiddelhåndtering.

Det legges til grunn at dagens lov er til hinder for ansettelse av enkelte yrkesgrupper. Oppfatningen av at fysioterapeuter fortrenger annet helsepersonell slik det står omtalt i høringsnotatet, er ikke begrunnet i notatet, og NFFs erfaringer og utviklingen av årsverk i fysioterapitjenesten støtter heller ikke opp under en slik hypotese.»

Videre uttaler fysioterapiforbundet:

«NFF mener at det er uklart om fysioterapitjenestens faglige bredde og omfang innen alle de individrettede og grupperettede helse- og omsorgstjenestene er med i lovforslaget § 3-2. Det står videre i høringsnotatet at fysioterapi er en behandlingsform, samtidig som den omtales som en tjeneste. Begrepsbruken er upresis og direkte feil. Omskrivning av premissene i lovens forarbeider er helt nødvendig i den endelige lovproposisjonen for å luke ut motsigelser og uklarheter.

På viktige områder for fysioterapitjenesten foreslås det at reglene skal fastsettes i forskrift i stedet for i lov. Dette gjelder for eksempel lovforslagets § 3-2. Forskriftene skal blant annet angi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene som kommunene har ansvar for. NFF mener at en forskrift ikke vil kunne angi nærmere krav til tjenester som ikke er omtalt i loven.»

I sin uttalelse har *Kongsvinger kommune* blant annet påpekt:

«Kommunal fysioterapitjeneste, både fast ansatte og privatpraktiserende, er et viktig behandlings- og rehabiliteringstilbud som bidrar til høyere livskvalitet, bedre helse og raskere tilbakeføring til arbeidslivet. Fysioterapi er helt nødvendig etter en rekke operasjoner. Behandling bidrar til å opprettholde og bedre funksjon hos kronisk syke og funksjonshemmede og hindre funksjonsfall hos eldre. Det bidrar f.eks. til å hindre ytterligere sykdomsutvikling hos pasienter med KOLS og hjerte- kar lidelser. Fysioterapi er den anbefalte behandlingsformen for artrose. I andre tilfeller hvor operasjon ikke anbefales, er fysioterapeutene den eneste faggruppen som er utdannet til å gjennomføre behandlingen med dokumentert effekt. Fysioterapi er en viktig faktor for å holde kostnadene nede i kommunen både i forhold til sykefravær og økte kostnader i omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.»

Helse Stavanger Universitetssykehus uttaler:

«Etter vår erfaring kan manglende tilbud både i kommunene og spesialisthelsetjenesten føre til økt bruk av private aktører, uten at dette er vurdert som bedre kvalitet eller mer kostnadseffektivt. I høringsnotatet beskrives situasjonen rundt private fysioterapeuter skjematisk. Vår erfaring tilsier at dette er et område som med fordel kunne vært fokusert på noe grundigere, spesielt fordi privat fysioterapi utgjør hoveddelen av kommunens fysioterapi personell. Fysioterapeuter med kommunal driftsavtale er i dag lite tilstedeværende i systematisk tverrfaglig habilitering og rehabilitering, og kommunene har per i dag ingen styringsmuligheter. Henvisningen til at man skal organisere dette gjennom de individuelle avtalene mellom kommunen og den private fysioterapeuten er utilfredsstillende, spesielt for større kommuner, og kan vanskelig gi den fleksibilitet og styringsmulighet som Koordinerende enhet trenger for å gi brukeren et tverrfaglig samordnet tilbud. For mange grupper pasienter vil fysioterapi være en vesentlig og integrert del av det totale tilbudet.»

Departementets vurderinger og forslag

For en prinsipiell redegjørelse og drøftelse knyttet til valgt lovreguleringsteknikk, herunder bruk av en mest mulig profesjonsnøytral angivelse av kommunens plikter, vises til kapittel 14 hvor det også er redegjort for en rekke høringsuttalelser. Som det vil fremgå har departementet valgt en lovgivningsteknikk som tilsier minst mulig bruk av profesjonsspesifikke tjenestebegreper.

Det understrekes at kommunen må ha tilgang på nødvendig personell for å utføre sine oppgaver, samtidig som kommunen bør stå fritt til å bestemme organiseringen av tjenestene, herunder personell- og kompetansespørsmål.

Fysioterapi som behandlingsform vil kunne omfattes av § 3-2 første ledd nr. 5 om medisinsk habilitering og rehabilitering. Diagnostisering og behandling utgjør en selvsagt del av all fysioterapivirksomhet, jf. lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 4. En eksplisitt lovfesting av kommunens plikt til å sørge for fysioterapitjeneste vil kunne bidra til at enkelte kommuner reserverer seg mot å ansette eller inngå avtale med annet helsepersonell for å utføre oppgaver som kan ha likhetstrekk med fysioterapi, som for eksempel ergoterapeuter og kiropraktorer.

Som nevnt har en rekke høringsinstanser uttrykt bekymring overfor en overordnet og profesjonsnøytral lovregulering av kommunens plikter, herunder i forhold til manglende lovfesting av fysioterapitjenester. Bekymringen knytter seg til at enkelte kommuner vil nedprioritere profesjons-spesifikke tjenester når disse ikke lenger fremgår av loven, samt at manglende profesjonsangivelse kan åpne for at kommunen velger å ansette personell uten nødvendig fagkompetanse innefor ulike del-tjenester. Flere høringsinstanser har derfor bedt departementet vurdere å innføre innholds-krav til tjenestene eller krav til (personell)kompe-tanse for ulike tjenester, herunder i forhold til det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det foreslås at slike krav inntas enten i lovtekst eller i forskrifter.

Departementet har etter en helhetsvurdering kommet til at det ikke bør lovfestes slike innholds- eller kompetansekrav. For å motvirke den utvikling som enkelte høringsinstanser har vært bekymret for med nedprioritering av enkelte tjenester eller manglende «faglighet» i tjenestene, foreslår imidlertid departementet flere tiltak, se nærmere omtale i punkt 15.5.2.3 om «Innholds-krav – kompetansekrav» som også får samme betydning for fysioterapitjenester.

15.5.11 Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

15.5.11.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre gjeldende rett i form av lovforslaget § 3-8. Kommunens plikt til å sørge for helsetjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen følger i dag av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 bokstav e.

15.5.11.2 Høringsinstansenes syn

Få høringsinstanser har uttalt seg til denne delen av lovforslaget. *Justis- og politidirektoratet* har støttet videreføringen av kommunens ansvar, og uttaler blant annet:

«Vi støtter forslaget om å lovfeste kommune- nes plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov

eller forskrift (...). For kriminalomsorgen vil det her være viktig at de kommuner som har fengsler, rådfører seg med aktuelle fengsler og kriminalomsorgsregioner i denne prosessen.»

15.5.11.3 Departementets vurderinger og forslag

Helsetjenester for innsatte i kriminalomsorgen ble lovfestet i 1995. Lovfesting ble den gang ansett nødvendig for å fjerne tvil om rekkevidden av kommunenes rettslige ansvar, ved å slå fast at kommunen på vanlig måte har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp til innsatte.

Helsetjenester for innsatte faller imidlertid inn under kommunens generelle sørge-for-ansvar for de personer som til enhver tid oppholder seg i kommunen, jf. lovforslaget § 3-1. Dette taler mot å videreføre dette som en særskilt lovpålagt opp- gave overfor visse persongrupper. De kommune- ne som har fengsler (om lag 80 kommuner totalt) mottar øremerkede midler fra staten til dette formålet, og dette gjør det i mindre grad påkrevd med lovregulering. For å tydeliggjøre kommunens ansvar har imidlertid departementet likevel kommet til at denne tjenesten bør komme til uttrykk i en egen lovbestemmelse som viderefører gjeldende rett. Bestemmelsen foreslås inn- tatt som § 3-9. Når det gjelder gjeldende rett viser departementet til punkt 13.2.10 hvor det er rede- gjort for dette. Fengselslegen overtar fastlegens rolle under fengselsoppholdet.

Som Justis- og politidirektoratet har påpekt vil det være viktig med samarbeid og dialog mellom kommunene og kriminalomsorgen for å sikre at kommunens tilbud også til denne pasient- og brukerggruppen er i tråd med lovens krav.

15.5.12 Omsorgslønn

15.5.12.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet viste departementet til at Regje- ringen ved Kongelig resolusjon av 25. juni 2010 har nedsatt et offentlig utvalg som skal foreslå løs- ninger omkring omsorgslønn ut fra en mer helhet- lig vurdering. Utvalget skal levere sin innstilling innen 15. oktober 2011 og departementet vil følge opp innstillingen på egnet måte.

Under henvisning til dette foreslo departe- mentet at gjeldende rett videreføres uendret, jf. lovforslaget § 3-7 som tilsvarende dagens bestem- melse i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav e.

15.5.12.2 Høringsinstansenes syn

Statens helsetilsyn uttaler:

«Statens helsetilsyn er glad for at ordningen omsorgslønn nå blir vurdert, og ser med forventning frem til utvalgets innstilling neste sommer. Vi støtter derfor forslaget om at omsorgslønn foreløpig videreføres uendret. Vi viser imidlertid til våre innledende kommentarer til kommunens plikt til å yte tjenester etter forslaget kapittel 3, da det er noe utydelig i fremstillingen hvilken plikt kommunen har til bl.a. å yte omsorgslønn.»

Arbeids- og velferdsdirektoratet uttaler:

«Dagens omsorgslønnsordning er en diffus ordning som gir dårlig rettssikkerhet. Ordningen er vanskelig å administrere, og vurderingen av klagers behov er vanskelig. Utmålingen utfordrer omsorgsytternes rettferdighetsans og budsjettposten er ofte utsatt for sparekniven. Vi støtter likevel Statens Helsetilsyns uttalelse om at dagens ordning foreløpig videreføres.»

Norges Kvinne og familieforbund uttaler at det må lages nasjonale standarder for tildeling av antall timer og avlønning, etter vanlig regulativ.

15.5.12.3 Departementets vurderinger og forslag

Omsorgslønn er lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. En hovedutfordring med omsorgslønnsordningen er at gjeldende regler legger opp til stor grad av skjønn ved innvilgelse og utmåling av stønaden, herunder at kommunene kan legge en viss vekt på kommunens økonomi. Den enkelte pårørende har ikke ubetinget rett til omsorgslønn. Kommunen og den som har behov for tjenestene må vurdere den pårørendes omsorg som best og nødvendig. Dette har ført til store forskjeller mellom kommunene med hensyn til bruken av omsorgslønn. Forholdet til ytelse etter folketrygdloven som helt eller delvis skal dekke samme formål har i praksis vist seg å være til dels uklart.

Regjeringen har derfor som nevnt ved Kongelig resolusjon av 25. juni 2010 nedsatt et offentlig utvalg som skal foreslå løsninger ut fra en mer helhetlig vurdering. Utvalget skal levere sin innstilling innen 15. oktober 2011. Departementet vil følge opp innstillingen på egnet måte.

Inntil videre foreslår departementet at gjeldende rett videreføres uendret, jf. lovforslaget

§ 3-6 som tilsvarende dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav e.

15.5.13 Boliger til vanskeligstilte

15.5.13.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre gjeldende rett på dette punktet, jf. lovutkastet § 3-8. Bestemmelsen skulle videreføre sosialtjenesteloven § 3-4.

15.5.13.2 Høringsinstansenes syn

Når det gjelder begrepsbruk har *Nord-Aurdal kommune* uttalt:

«§ 3 – 8, ordlyden «andre årsaker» er et lite presist begrep i forhold til å avklare hva som er kommunenes faktiske ansvar.»

Flere høringsinstanser har kommentert at kommunen bør ha en plikt til å skaffe bolig, ikke bare en plikt til å medvirke til at det skaffes bolig. *Rådet for psykisk helse* uttaler blant annet:

«Det må lovfestes rettigheter til bolig for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og/eller omfattende rusmisbruk.»

Oslo universitetssykehus uttaler:

«En stabil bosituasjon er en forutsetning for å kunne etablere en behandlings- og oppfølgingstjeneste rundt brukeren.»

Fylkesmannen i Finmark har bemerket at:

«Kommunene bør fortsatt ha plikt til å skaffe bolig og ikke bare plikt til å medvirke til dette.»

Enkelte høringsinstanser har påpekt problemstillinger i forholdet til lov om sosiale tjenester i NAV. Blant annet uttaler *Fredrikstad kommune*:

«§ 3-8. Bør paragrafen heller plasseres i den nye nav-loven? Uansett plassering, et ønske fra oss at denne paragrafen må ses i sammenheng med loven om midlertidig bolig og at man vurderer å samle ansvaret.»

Arbeids- og velferdsdirektoratet uttaler:

«Her er det nærmest sammenfallende ansvar i både dette forslaget og i Lov om sosiale tjenes-

ter i NAV. (...) Mange av innbyggerne med behov for bolig får tjenester både fra NAV og helse- og omsorgstjenesten, og det er helt avgjørende at det er en god samordning mellom disse to deltjenestene i kommunen. Dette gjelder særlig de mest sårbare og hjelpetrenende gruppene, personer med sammensatte rus- og psykisk helseproblemer»

15.5.13.3 Departementets vurderinger og forslag

Som omtalt i punkt 13.3.2 gjelder kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte etter sosialtjenesteloven § 3-4, i forhold til vanskeligstilte som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Det er presisert i bestemmelsen at ansvaret også omfatter boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.

Et medvirkningsansvar for å skaffe boliger til vanskeligstilte er også regulert i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 15. I denne bestemmelsen er det ikke presisert at ansvaret også omfatter boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker. Etter at reguleringen av en del av de sosiale tjenestene som tidligere var regulert i sosialtjenesteloven ble overført til lov om sosiale tjenester i NAV, har forutsetningen om et helhetlig kjennskap til alle grupper vanskeligstilte boligsøkere og deres behov falt bort, både for kommunens helse- og omsorgstjeneste og for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen. Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen vil i hovedsak ha kjennskap til behovet for boliger til sosialt og økonomisk vanskeligstilte, og har et lov-pålagt ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til disse. Kommunens helse- og omsorgstjeneste vil i hovedsak ha oversikt over behovet for tilpassede boliger til personer som trenger det på grunn av helse- og omsorgsbehov.

Det er kommunen som sådan som har hovedansvaret for å skaffe boliger til vanskeligstilte, mens helse- og omsorgstjenesten vil ha et medvirkningsansvar. Dette innebærer at helse- og omsorgstjenesten må delta i den kommunale planleggingen av hvordan boligproblem kan løses for vanskeligstilte boligsøkere generelt. Videre innebærer medvirkningsansvaret et generelt ansvar for å gjøre andre kommunale myndigheter kjent med behovene. Medvirkningsansvaret innebærer også at helse- og omsorgstjenesten vil ha et

ansvar overfor brukerne ved å bistå med råd og veiledning, tilrettelegging og finansiering der dette ikke kan dekkes på annen måte. I enkelte tilfeller vil det også være nødvendig at tjenesten engasjerer seg direkte i å skaffe vanskeligstilte boliger.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en bestemmelse som vil innebære en videreføring av gjeldende rett, jf. lovforslaget § 3-7.

15.5.14 Pasient- og brukeropplæring

15.5.14.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet at de plikter kommunen allerede i dag har, videreføres i ny lov, jf. lovforslaget § 3-6 hvor det ble foreslått at kommunen skal tilby opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål til pasienter og brukere som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker.

15.5.14.2 Høringsinstansenes syn

Midt-Troms regionråd uttaler:

«Selv om dagens sosialtjenestelov § 4-2 bokstav a) jfr § 4-3 beskriver retten til praktisk bistand og opplæring for de med særlige hjelpebehov, mener Midt-Troms regionråd at det nye forslaget innebærer en ny plikt for kommunene. Både fordi de nevnte tjenester lærings- og mestringssenhet og ambulerende team må tolkes å gå utover dagens avgrensning (som er opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål) og langt inn i helsetjenestens informasjons- og opplæringsarbeid, ift mestring av egen sykdom, medisiner og egenbehandling. Det har etter vår erfaring ikke vært vanlig praksis å drive systematisk og grupperetta virksomhet, slik som organiserte lærings- og mestringstjenester og arbeid gjennom ambulerende team, med hjemmel i sosialtjenestelovens kapittel 4.»

I følge *Høgskolen i Vestfold* bør samarbeidet med spesialisthelsetjenestens Nasjonalt Kompetansesenter for Lærings- og mestringssentre lovfestes. *Norges Astma- og allergiforbund* uttaler:

«Spesialisthelsetjenesten må imidlertid pålegges ansvar for faglig veiledning og opplæring overfor de lokale LMSene, og derved sørge for kvalitet i det lokale tjenestetilbudet.»

I sin uttalelse har *Midt-Troms regionråd* videre uttalt:

«Her vil det være svært viktig at kommunene får nytte godt av de erfaringer som spesialisthelsetjenesten har gjort gjennom sitt ansvar for bruker- og pårørendeopplæring, blant annet gjennom Nasjonalt Kompetansesenter for Lærings- og mestringssenter (LMS). Det vil også være viktig at spesialisthelsetjenesten ikke bygger ned sine LMS-tilbud, men at kommunale eller interkommunale lærings- og mestringssenheter kan supplere og utfylle tilbudet i spesialisthelsetjenesten, der hvor det er hensiktsmessig og forsvarlig.»

Også *Statens helsetilsyn* har påpekt at opplæring også må gjelde behandling og medisinerings, og uttaler blant annet:

«Opplæringen er presisert å gjelde «dagliglivets gjøremål», et begrep som i dag brukes om «sosiale tjenester». Opplæring knyttet til behandling og medisinerings av pasienter slik forslaget i høringsnotatet viser til, faller ikke nødvendigvis inn i en umiddelbar forståelse av «dagliglivets gjøremål». Her vil det være behov for en konkretisering, enten i forskrift eller merknader til lovtekst.»

Statens helsetilsyn har også stilt spørsmål ved om dette bør reguleres gjennom en egen bestemmelse eller om det bør omfattes av lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c, og har i den forbindelse uttalt:

«Det er vanskelig å se hvor selvstendig betydning § 3-6 har, i og med at personlig assistanse etter § 3-2 nr. 6 bokstav c) også omfatter opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål. I stedet for en egen bestemmelse, kan det være en løsning å ta inn i forskrift eller merknad at § 3-2 nr. 6 bokstav c), også omfatter pasienter og pårørende.»

Også *Fylkesmannen i Aust-Agder* har kommentert denne problemstillingen og uttaler blant annet:

«Forslaget om å legge opplæringsansvaret inn under «personlig assistanse» synes imidlertid å sette en begrensning for ordningen. Det er vår erfaring at flere omsorgsyttere i kretsen rundt en bruker kan ha behov for opplæring.

Selv om støttekontakt og private avlastningsordninger er ment å være et lavterskel-

tilbud utført av ufaglærte, vil det i mange tilfeller være nødvendig med opplæring av de personene som skal utføre arbeidet. Det finnes etter vår erfaring ingen krav til kompetanse for mange som utøver slikt arbeid annet enn et generelt ansvarlighetskrav. Mange familier rekrutterer og administrerer ordningene selv, og forholdet til kommunen er ikke å ligne med et vanlig arbeidsforhold. Det er også andre aktører innen barnehage, skole, fritidsaktiviteter, transportører m.m. som bør ha opplæring i særlige hjelpebehov og et minimumsnivå av kunnskap om sykdom/behandling. Regimer rundt epilepsi, diabetes, fysiologiske tiltak, miljøterapi osv, kan være eksempler på dette. Taushetsplikt m.m. må ivaretas på vanlig måte. Forslaget er derfor å utvide 3-6 med: «Andre med bruker- og pasientkontakt kan også falle inn under kommunens opplæringsansvar.»

FRAMBU – Senter for sjeldne funksjonshemninger uttaler:

«Vi er usikre på hva som menes med dette opplæringspunktet ettersom opplæring også inngår i noen av tjenestene under § 3-2. *Frambu mener* at dersom denne paragrafen skal sikre et opplegg tilsvarende det som finnes i spesialisthelsetjenesten i form av lærings- og mestringssentra, bør dette komme tydeligere frem.»

15.5.14.3 Departementets vurderinger og forslag

Som nevnt i punkt 13.3.4 følger det av sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a, jf. § 4-3, at pasienter og brukere som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker, har krav på opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål.

Praktisk bistand og personlig assistanse vil ofte kombineres og skje i hjemmet. Det omfatter opplæring i dagliglivets gjøremål og sees i forhold til funksjonsnedsettelse den enkelte har. Det forutsetter ofte at det avsettes plan og tid for hvordan den enkelte skal få trening til å gjøre mest mulig selv. Formålet er å bevare og øke den enkeltes funksjons- og mestringsevne, herunder evne til å skaffe seg andre tjenester selv.

Når det gjelder slik opplæring er plikt- og rettighetssituasjonen etter helselovgivningen imidlertid mer indirekte. Krav til forsvarlig tjeneste etter helsepersonelloven § 4 vil i mange tilfeller tilsi at pasienten må gis noe opplæring i egen sykdom og oppfølging eller behandling av denne, noe

som også vil kunne innebære opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål.

For å vise betydningen av pasient- og brukeropplæring vil departementet trekke frem diabetes som eksempel. De fleste med type 2-diabetes vil diagnostiseres og følges opp av fastlegen. Diabetes er en kronisk sykdom, og sykdommens natur gjør at pasienten selv har en stor del av ansvaret for behandlingen. Derfor er det viktig for personer med diabetes å ha kunnskap om og få opplæring i hvordan sykdommen og behandlingen arter seg, samt mestring og motivasjon til å gjøre de nødvendige endringene i livet. I dag vet man at bare 10 – 15 % av alle som får diagnosen type 2-diabetes i løpet av et år, får tilbud om startopplæring. Mange får i dag en for kortfattet og for lite grundig veiledning i hvordan man bør endre levevaner. Nødvendig rådgivning og veiledning for å oppnå varige endringer av levevaner er omfattende og tidkrevende, og fastlegen kan ikke ivareta god diabetesbehandling alene. Kommunene må ta ansvar for å tilby tverrfaglig kompetanse som kan følge opp risikogrupper, pasienter og pårørende. Dette kan skje for eksempel gjennom oppbygging av Lærings- og mestringsenheter som del av lokalmedisinske sentre, ved ambulerende team, og gjerne i forpliktende samarbeid med pasientorganisasjoner.

Opplæring av pasienter (kronikere) fører til bedre mestring av det å leve med en kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Bedre mestring fører til et bedre liv med flere «gode dager», redusert behov for sykehusinnleggelseser, mindre behov for legekonsultasjoner og betydelig nedgang i behovet for sykemeldinger. Kunnskap om egen legemiddelbruk er en viktig del av lærings- og mestringsstrategien. Det gjelder også motivasjonsarbeid og opplæring i bruk av hjelpemidler.

I en rapport fra WHO kommer det frem at halvparten av kronikere ikke bruker legemidlene sine riktig. Eksempler på dette kan være pasienter med KOLS eller astma som har feil teknikk ved bruk av inhalasjonspreparater, eller pasienter som ikke har fått forståelse for viktigheten av forebyggende behandling og avslutter behandlingen på egenhånd. Pasienter med manglende forståelse av egen legemiddelbruk kan også være utsatt for feilbruk i forbindelse med generisk bytte.

Opplæring av pasienter og brukere vil i mange sammenhenger være viktig og nødvendig for å kunne yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Departementet foreslår derfor å videreføre de

plikter som kommunen allerede har i dag når det gjelder dette.

I motsetning til høringsnotatet hvor departementet foreslo å lovfeste kommunens plikt til opplæring av pasienter og brukere i form av en egen bestemmelse (lovforslaget § 3-6), har departementet kommet til at denne plikten bør omfattes av lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b om personlig assistanse. For å tydeliggjøre dette foreslår departementet at «personlig assistanse» i lovteksten konkretiseres til blant annet å omfatte «praktisk bistand og opplæring og støttekontakt».

Bestemmelsen skal som nevnt i all hovedsak videreføre gjeldende rett og kommunene vil dermed fortsatt ha plikt til å tilby opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål til pasienter og brukere som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker.

I forhold til sosialtjenesteloven vil dette innebære en videreføring av gjeldende rett. Kommunehelsetjenesteloven har imidlertid ingen særskilt plikt for kommunen til å gi pasientopplæring. Den foreslåtte regulering i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b om personlig assistanse, vil slik sett innebære en ny plikt for kommunen. Departementet vil imidlertid vise til at når det gjelder opplæring ved ytelse av helsehjelp, vil det i mange tilfeller følge av forsvarlighetsplikten etter helsepersonelloven § 4 at helsepersonellet må gi nødvendig pasientopplæring. Bestemmelsen antas derfor i praksis ikke å innebære nye plikter for kommunen.

15.5.15 Brukerstyrt personlig assistanse

15.5.15.1 Høringsnotatets forslag

Ved behandling av statsbudsjettet for 2006 ba Stortinget Regjeringen om å fremme lovforslag om rett til brukerstyrt personlig assistent, se Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005-2006). Som oppfølging av Stortingets vedtak hadde departementet i 2007 på høring et forslag om sterkere rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse.

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslo departementet å videreføre kommunens plikt etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a til å ha tilbud om brukerstyrt personlig assistanse, jf. lovforslaget § 3-9. Departementet foreslo imidlertid ikke å lovfeste en rett for den enkelte bruker til å kreve tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

15.5.15.2 Høringsinstansenes syn

Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) har uttalt at brukerstyrt personlig assistanse bør rettighetsfestes. De, og flere andre, mener at det bør fastsettes nasjonale standarder for brukerstyrt personlig assistanse.

Andelslaget ULOBA, med flere organisasjoner og enkeltpersoner, er kritiske til at brukerstyrt personlig assistanse ikke blir rettighetsfestet. De er også bekymret for at flere sider ved høringsforslaget kan bidra til å «svække forståelsen av brukerstyrt personlig assistanse». Det gjelder blant annet forslag om at klageinstansen ikke selv skal kunne treffe nytt vedtak, et for «ensidig helsefokus» og utelatelse av «samfunnsmessige, økonomiske og personlige gevinster» i begrunnelsen.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) krever «(...) at retten til å velge helse- og omsorgstjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse lovfestes (...) slik forslaget begrunnes, prioriteres det kommunale selvstyret framfor brukeres muligheter til å ta ansvar for egen livsutfoldelse».

Statens råd for likestilling av funksjonshemmede «(...) går fortsatt inn for en rettighetsfesting av ordningen» og vil «kvalitetssikre ordningen gjennom kontinuerlig og god opplæring av de som skal administrere og bruke ordningen».

Statens helsetilsyn «(...) ser seg enig i at de utfordringer helse- og omsorgstjenestene står overfor, kan gjøre det vanskelig å rettighetsfeste ordningen per i dag».

De fleste kommunene som har levert høringsvar, nevner ikke brukerstyrt personlig assistanse. Noen kommuner støtter departementets forslag eksplisitt. *KS* «(...) ønsker en samhandlingsreform som bygger på; brukernes behov og medvirkning».

Fylkesmannen i Østfold har påpekt at det vil være behov for god opplæring. *Fylkesmannen i Sogn og Fjordane* har uttalt at det er store forskjeller i måten ordningen blir praktisert på.

15.5.15.3 Departementets vurderinger og forslag

Brukerstyrt personlig assistanse er et tjenestetilbud som omfatter praktisk bistand og opplæring. Tjenestetilbudet er beregnet for personer med omfattende funksjonsnedsettelse. Målet er å bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for funksjonsnedsettelsen. Ordningen fungerer slik at brukeren selv organiserer og leder arbeidet til assistentene

Kommunene har plikt til å ha ordningen, men avgjør selv innenfor lovens rammer hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker, og om de skal gis i form av brukerstyrt personlig assistanse til den enkelte bruker.

Brukerstyrt personlig assistanse innebærer at tjenestemottakeren er arbeidsleder for egne faste assistenter og bestemmer innenfor det tildelte timetallet hvilke oppgaver assistentene skal utføre og når det skal skje. Brukerstyrt personlig assistanse omfatter også brukere som ikke kan ivareta brukerstyringen selv. Dette innebærer blant annet at personer med utviklingshemning og familier med barn med nedsatt funksjonsevne kan få brukerstyrt personlig assistanse. Brukerstyringen ivaretas da av andre personer på vegne av eller i samarbeid med brukeren.

Brukerstyrt personlig assistanse har gitt mange personer med nedsatt funksjonsevne større selvstendighet, og utfordret kommunene til å utvikle tjenesteformer som svarer bedre til individuelle behov. Samtidig er det en organisasjonsform som reiser flere praktiske og prinsipielle problemstillinger, herunder spørsmål knyttet til internkontroll, arbeidsrett, økonomi, kommunenes organisasjonsfrihet mv.

Antall brukere av brukerstyrt personlig assistanse er økt med 38 prosent i perioden 2005 til 2009. I følge SSB var det i 2009 om lag 2 500 av omsorgstjenestens 260 000 brukere som mottok brukerstyrt personlig assistanse.

Kostnader til tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse finansieres over kommunenes ordinære rammer. Brukerstyrt personlig assistanse kommer også inn under tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester når kommunenes utgifter overskrider innslagsbeløpet for ordningen. Videre er det over statsbudsjettet siden 1994 ytt et øremerket tilskudd til rekrutterings- og opplæringstiltak for brukerstyrt personlig assistanse. Det anslås at knapt 400 av landets kommuner en eller flere ganger har benyttet tilskuddsordningen. Det er imidlertid behov for økt kompetanse om ordningen hos brukere, assistenter og kommunens saksbehandlere. Departementet vil derfor vurdere om tilskuddet bør legges om for å kunne ivareta dette bedre.

I forslag til ny helse- og omsorgstjenestelov foreslås det på bakgrunn av dette ikke å innføre en individuell rett til å kreve en bestemt type tjeneste, heller ikke ordningen brukerstyrt personlig assistanse. Departementet foreslår derimot en særskilt plikt for kommunen til å ha et tilbud om brukerstyrt personlig assistanse. Dette innebærer en videreføring av gjeldende rett, og det foreslås

at plikten fremgår av en egen bestemmelse, se lovforslaget § 3-8. Kommunene vil fortsatt ha plikt til å ha ordningen, men avgjør selv, innenfor rammen av kravet til nødvendige omsorgstjenester, hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker, og om tjenesten skal gis som brukerstyrt personlig assistanse. Kommunene skal i vurderingen legge stor vekt på brukerens behov og ønsker. I vurderingen vil det for eksempel kunne være relevant å ta hensyn til hvordan disse tjenestene kan bidra til å legge til rette for deltakelse i arbeidslivet, ivaretagelse av foreldreoppgaver i familier med barn med nedsatt funksjonsevne og lignende.

Det er viktig at tjenestene som er organisert som brukerstyrt personlig assistanse er reelt brukerstyrt. Det vises til forslag til endringer i pasientrettighetsloven § 3-1 andre ledd hvor det fremgår at det skal legges stor vekt på hva brukeren mener ved utformingen av tjenestetilbudet. Departementet presiserer at det er spesielt viktig at slik medvirkning blir ivaretatt overfor brukere hvor brukerstyrt personlig assistanse kan være et aktuelt alternativ for organiseringen av tilbudet. Det er også viktig at det blir gitt tilstrekkelig opplæring, og det vises her til Prop. 1 S (2010-2011) der det for 2011 er bevilget 84,790 mill. kroner til rekrutterings- og opplæringstiltak.

Det vises for øvrig til Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) hvor det uttales:

«Brukere med stort behov for assistanse og som derfor er tildelt et større antall timer omsorgstjenester, vil ofte kunne få dekket sitt behov for og ønske om assistanse bedre hvis de selv får større innflytelse på innretningen av tjenestene. Departementet mener derfor at ordningen med brukerstyrt personlig assistanse bør bygges ut.

Innenfor rammen av de ressursene som allerede i dag benyttes til slike tjenester eller som kommunene, uavhengig av hvordan tjenesten organiseres, vil bruke til slike tjenester fremover, ber departementet derfor kommunene vurdere hvordan de i større grad kan utforme tjenesten slik brukerne ønsker blant annet gjennom økt bruk av brukerstyrte personlig assistenter.

Departementet vil fremover legge til rette for at kommunene kan bygge dette tilbudet videre ut. Dette er spesielt viktig for at personer med omfattende tjenestebehov skal kunne delta i opplæring og arbeidsliv.

I forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjeneste videreføres en særskilt

bestemmelse om at kommunene skal ha tilbud om en ordning med brukerstyrt personlig assistanse. Dette er en videreføring av gjeldende rett.»

15.5.16 Transport av behandlingspersonell

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre kommunens plikt til å sørge for transport av behandlingspersonell, jf. lovforslaget § 5-1. Den foreslåtte bestemmelse skulle tilsvare dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 8.

Etter hva departementet kan se har ingen høringsinstanser kommentert dette forslaget eksplisitt.

Transport av behandlingspersonell er aktuelt der pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet, men i stedet må gis ambulant behandling, enten på et annet behandlingssted eller i hjemmet. Det er bare utgifter til transport av behandlingspersonell som er omfattet av denne bestemmelsen. Pasientens eventuelle transportutgifter dekkes i henhold til annet regelverk, jf. pasientrettighetsloven § 2-6.

Departementet foreslår at kommunens plikt til å sørge for transport av behandlingspersonell lovfestet i lovforslaget § 5-1. Bestemmelsen tilsvare dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 8.

15.6 Nærmere om forskriftshjemmel

15.6.1 Gjeldende rett

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 femte ledd fremgår det at departementet ved forskrift kan treffe nærmere bestemmelse om den virksomhet som hører under kommunens helsetjeneste, herunder forskrift om oppføring, innredning og drift av og tilsyn med sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Med hjemmel i bestemmelsen er det gitt flere forskrifter som regulerer innhold i tjenestene, og dels også organisering, men da naturlig nok med utgangspunkt i at det av dagens kommunehelsetjenestelov flere steder stilles krav til hvordan ulike deltjenester skal organiseres.

Sosialtjenesteloven § 2-1 tredje ledd gir hjemmel til å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktenes (etter loven) innhold. Også med hjemmel i denne bestemmelsen er det gitt forskrifter.

Av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a femte ledd fremgår det at departementet i forskrift kan

stille krav til tjenester som omfattes av denne loven. Også med hjemmel i denne bestemmelsen er det gitt forskrifter.

15.6.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet at det i lovforslaget § 3-2 tredje ledd ble inntatt en hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om krav til *innhold i tjenestene* etter bestemmelsen. Dette er i stor grad videreføring av gjeldende rett og som nevnt er det i dag fastsatt en rekke forskrifter knyttet til kommunens helsetjeneste. Videreføring av slik hjemmel ble derfor vurdert som nødvendig.

I tråd med ønsket om en mer overordnet regulering av kommunens ansvar og plikter, foreslo imidlertid departementet ikke forskriftshjemmel til å gi bestemmelser om tjenestenes organisering.

15.6.3 Høringsinstansenes syn

I sin høringsuttalelse uttaler *Helsedirektoratet*:

«Helsedirektoratet anbefaler at målene for tjenesten tydeliggjøres og konkretiseres gjennom faglige kvalitets-, funksjons- og kompetansekrav. Dette vil sikre en likeverdig tjeneste for hele befolkningen av høy kvalitet og med god tilgjengelighet, og ivareta tjenestens bidrag til kommunens oversikt over helsetilstanden. Direktoratet mener det vil kunne få store konsekvenser dersom det ikke kan stilles noen konkrete krav til kompetanse og følgene dette vil få for kvaliteten på tjenestene, blant annet vil det bli vanskeligere å trekke grensene for hva som er et lovlig (forsvarlig) tilbud, i forhold til hvilken bemanning som skal kreves.

Ovennevnte muliggjør statlig styring av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil bidra til rett dimensjonering av tjenesten, herunder nødvendig personellkompetanse og tilstrekkelige ressurser til å utføre oppgavene. Dette er etter direktoratets syn avgjørende for å sikre at profesjonsnøytralitet, en overordnet angivelse av tjenestene og få organisatoriske krav ikke medfører et dårligere tjenestetilbud i kommunene.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et geografisk nedslagsfelt. Dette prinsippet bør inngå i funksjonskravet for alle lovpålagte tjenester for å bidra til å sikre tverrfaglig samarbeid og helhetlige pasientforløp.

Det vises til § 3-2 fjerde ledd, der det foreslås en videre forskriftshjemmel for fastlege-

ordningen, ved at det kan gis forskrift «om fastlegeordningen, herunder kvalitets- og funksjonskrav». Direktoratet mener det er nødvendig å gi en tilsvarende forskriftshjemmel også for de andre helse- og omsorgstjenestene.

Det vises for øvrig til Helsedirektoratets utredning om «Nye funksjons- og kvalitetskrav knyttet til fastlegeordningen – Utredning i forbindelse med samhandlingsreformen på bakgrunn av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet», av 30. juni 2010.»

Norsk fysioterapiforbund uttaler:

«For at forskriftene skal kunne benyttes i utvikling og kontroll av omfang og kvalitet på tjenestene, må de være like konkrete som forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Andre forskrifter, som gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering, er i dag alt for lite konkrete når det gjelder hvilke oppgaver helse- og omsorgstjenestene skal løse i kommunene. Dette gjør forskriften uegnet både til utvikling og tilsyn/kontroll. For å oppfylle lovens formål om nødvendig tilbud av tjenester til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltagelse må det stilles krav om tverrfaglig sammensetning av helsepersonell med rehabiliteringskompetanse. For å sikre at det kan stilles krav til utdanning og praksis, foreslås følgende endring: Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innholdet og nærmere krav til utdanning og praksis i tjenestene etter bestemmelsen her.»

Fysioterapiforbundet uttaler videre:

«Kvalitet, kapasitet og kompetansekrav danner grunnlag for beskrivelser av faglig forsvarlighet. Vurdering av faglig forsvarlighet krever faglig innsikt. Det er ikke likegyldig hvem som utpekes som faglig ansvarlige for tjenestene i kommunen. For å sikre at tjenestene holder tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang, er det derfor viktig at det i forskrifter stilles krav til kompetanse hos ledere og tjenesteutøvere på alle nivåer.»

Departementet viser også til kapittel 14 hvor det er redegjort for en rekke høringsinstansers syn knyttet til valg av en overordnet og profesjonsnøytral lovgivning. Som det vil fremgå mener flere

høringsinstanser at det ved forskrifter må fastsettes bestemmelser om ulike tjenesters innhold, herunder kompetansekrav.

15.6.4 Departementets vurderinger og forslag

Med hjemmel i dagens lovgivning er det gitt en rekke forskrifter som regulerer tjenestenes innhold, men dels også tjenestenes organisering, for eksempel fastlegeordningen. Dette må sees i sammenheng med at det i lovteksten i dag flere steder direkte eller indirekte stilles krav til hvordan ulike deltjenester skal organiseres.

Departementet foreslår at det i loven § 3-2 andre ledd inntas en hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om krav til *innhold i tjenestene* etter bestemmelsen. Dette er i stor grad videreføring av gjeldende rett og som nevnt er det i dag fastsatt en rekke forskrifter knyttet til kommunens helse- og omsorgstjeneste. Videreføring av slik hjemmel er derfor nødvendig.

I tråd med ønsket om en mer overordnet regulering av kommunens ansvar og plikter, foreslår imidlertid departementet ikke forskriftshjemmel til å gi bestemmelser om tjenestenes organisering. Som nevnt bør kommunene selv vurdere hvordan tjenestene bør organiseres. I tillegg vil forsvarlighetskrav og tilsynsmyndighetenes virksomhet, uansett medføre at kommunene må organisere de ulike tjenestene på en forsvarlig måte.

Departementet ser heller ikke behov for å utvide dagens forskriftshjemmel til også å skulle omfatte «kvalitets- og funksjonskrav» slik Helse- og omsorgsdepartementet har anbefalt, men viser imidlertid til lovforslaget § 12-5 om direktoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer m.v.

Forutsatt at Stortinget slutter seg til slik lovregulering, vil det bli behov for gjennomgang av dagens forskrifter. Forslag til nye eller endrede forskrifter vil bli sendt på høring. Som følge av at den foreslåtte lovgivning er mer overordnet og organiseringsnøytral enn gjeldende rett, vil det også måtte vurderes hvorvidt forskriftene må justeres i lys av dette.

Som nevnt er det i dag fastsatt en rekke forskrifter knyttet til kommunens helse- og omsorgstjeneste. Blant forskrifter som departementet vil vurdere behov for justering av, er forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene, forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering, forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedi-

sinske tjenester utenfor sykehus, forskrift 23. november 1983 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste, forskrift 14. november 1988 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, forskrift 3. april 2008 om legehåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, forskrift 12. november 2010 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgaranti), forskrift 26. april 1995 om vederlag for opphold i institusjon m.v., forskrift 27. juni 2003 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., forskrift 11. desember 1988 om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie og forskrift 4. desember 1992 til lov om sosiale tjenester m.v.

Som redegjort for har flere høringsinstanser uttrykt bekymring overfor en overordnet og profesjonsnøytral lovregulering av kommunens plikter. Bekymringen knytter seg til at enkelte kommuner vil nedprioritere profesjonsspesifikke tjenester når disse ikke lenger fremgår av loven, samt at manglende profesjonsangivelse kan åpne for at kommunen velger å ansette personell uten nødvendig fagkompetanse innefor ulike del-tjenester. Flere høringsinstanser har derfor bedt departementet vurdere å innføre innholdskrav til tjenestene eller krav til personellkompetanse for ulike tjenester, herunder i forhold til det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det foreslås at slike krav inntas enten i lovtekst eller i forskrifter.

Departementet har etter en helhetsvurdering kommet til at det ikke bør tas inn innholds- eller kompetansekrav i selve loven. For å motvirke den utvikling som enkelte høringsinstanser har vært bekymret for med nedprioritering av enkelte tjenester eller manglende «faglighet» i tjenestene, foreslår imidlertid departementet flere tiltak.

Som presisert flere steder i proposisjonen skal foreliggende lovforslag innebære en videreføring av gjeldende rett. I tillegg viser departementet blant annet til at det foreslås lovfesting av forsvarlighetskravet og lovfesting av bestemmelser om pasientsikkerhet. Dette er tiltak som vil bidra til å motvirke en slik mulig utvikling.

Departementet foreslår i tillegg at det i lovforslaget inntas en bestemmelse om kommunens ansvar for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i de ulike helse- og omsorgstjenestene, jf. lovforslaget § 4-1 første ledd bokstav d. I bestemmelsens andre ledd foreslås det hjemmel til i forskrift å gi

nærmere bestemmelser om kommunens plikt etter første ledd bokstav d.

Departementet viser som nevnt også til at Helsedirektoratet etter lovforslaget 12-7 kan gi nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer.

Endelig viser departementet til at det i lovforslaget § 3-2 andre ledd foreslås at Kongen i statsråd kan gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen. I tillegg foreslår departementet at denne forskriftshjemmelen utvides til også å gjelde bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Som det fremgår av kapittel 46 legger departementet også opp til evaluering av loven. Et sentralt element ved en slik evaluering vil være å avklare om en mindre profesjonsspesifikk lovregulering og mindre detaljert regulering av kommunens måte å organisere de ulike tjenestene på, har medført en nedprioritering av tidligere lovpålagte profesjonsspesifikke tjenester eller om manglende profesjonsangivelse i loven har medført at kommunene velger å ansette personell uten nødvendig fagkompetanse innefor ulike del-tjenester. Dersom evalueringen bekrefter en slik utvikling, vil departementet vurdere egnede tiltak.

15.7 Departementets vurderinger av enkelte andre forslag mottatt i høringen

15.7.1 Overgrepsmottak

I forbindelse med høringen av utkast til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov har det kommet innspill fra flere høringsinstanser som påpeker at overgrepsmottak ikke er omtalt i lovforslaget. I henhold til Helsedirektoratets veileder om overgrepsmottak fra 2007, IS-1457, menes med «overgrepsmottak» en helsetjeneste med det spesifikke mål å gi tilbud til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner. Overgrepsmottaket må organiseres slik at alle grupper, også menn, føler at mottaket er for dem. Formålet med arbeidet ved overgrepsmottak er å redusere helseskader på kort og lang sikt. Overgrepsmottaket skal være en inngangsport for å søke hjelp, en koordinerende enhet som ivaretar helhetsperspektivet og samarbeider med og/eller henviser til andre aktuelle deler av helsetjenesten.

Helsedirektoratets veileder gir retningslinjer for helsetjenestetilbudet til overgrepsutsatte. I denne står det at «alle kommuner har medansvar for etablering og drift av interkommunalt/kom-

munalt mottak med tilstrekkelig kompetanse som en del av primærhelsetjenesten til befolkningen» og at «et interkommunalt mottak vil være avhengig av finansieringsordninger der samtlige deltaende kommuner bidrar.»

Kommunen har i dag ingen lovpålagt plikt til å etablere overgrepsmottak. Kommunen har imidlertid plikt til å sørge for legevaktordning til sine innbyggere, slik at den kan gi hjelp i akutte situasjoner.

For personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller vold i nære relasjoner er det viktig å vite hvor de skal henvende seg ved behov for hjelp. Den enkeltes rett til informasjon ved behov for helsehjelp fremgår av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og pasientrettighetsloven §§ 3-2 til 3-5, samt også helsepersonelloven § 10. Det helsepersonell pasienten kontakter bør kunne opplyse om hvor vedkommende skal henvende seg i den akutte situasjonen. Departementet viser i den forbindelse til helsepersonelloven § 4 andre ledd hvor det fremgår at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og at de skal innhente bistand eller henviser pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Det fremgår videre at dersom pasientens behov tilsier det, så skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. For å sikre effektiv og god hjelp er det viktig med rutiner for håndtering av denne type problematikk innad i kommunens helse- og omsorgstjeneste og rutiner for eventuelt samarbeid med eller henvisning til andre kommuners helse- og omsorgstjeneste eller spesialisthelsetjenesten.

Departementet mottok i 2008 signaler om at det er uklarheter knyttet til ansvars- og oppgavefordelingen rundt etablering og drift av overgrepsmottak, både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og når det gjelder samarbeid med politiet om sporsikring mv. Det fremgår av en rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin om status for overgrepsmottak i Norge i 2009 (Nklm 2010) at det er uklarheter knyttet til finansiering. I rapporten fremgår også at det er store forskjeller i pasientvolum ved de forskjellige mottakene, noe som gir kvalitetsutfordringer.

KS tok opp problemstillingen rundt ansvarsforhold i et møte med Helse- og omsorgsdepartementet i februar 2010 på bakgrunn av henvendelser fra kommunene.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin foreslo i forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt å lovfeste tjenesten. Det samme gjorde Helsedirektoratet i sine anbefalinger i 2010.

Flere høringsinstanser til utkast til ny helse- og omsorgstjenestelov har som nevnt pekt på behov for lovforankring av tjenesten. Blant disse er *Justis- og politidepartementet*, *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Helsedirektoratet*. Instansene peker på at Helsedirektoratets veileder ikke gir tilstrekkelige føringer for kommunenes organisering av overgrepsmottak.

Etter departementets vurdering er de tjenestene et overgrepsmottak skal tilby dels primær- og dels spesialisthelsetjenester, og dels også tjenester knyttet til politiarbeid. Av dagens 23 overgrepsmottak er 15 mottak lokalisert ved legevakt og 8 ved sykehus/ gynekologiske avdelinger.

I 2009 ble det registrert 1 322 pasienter ved overgrepsmottakene (Nklm 2010). I rapporten antas en betydelig underrapportering av overgrepstilfeller. Samtidig er registreringen av vold i nære relasjoner i dag ufullstendig. Justisdepartementet har opplyst at det i 2009 ble registrert 2 012 anmeldelser av mishandling med legemskrenkelse. I en rapport fra NIBR i 2005 ble det anslått at 9 pst. av kvinner og 2 pst. av menn i Norge har vært utsatt for vold med stort skadepotensial fra nåværende eller tidligere partner. Departementet har ikke sikre tall som beskriver omfanget av seksuelle overgrep knyttet til vold i nære relasjoner i forhold til øvrige seksuelle overgrep. Det er imidlertid ikke nødvendigvis den samme kompetanse som trengs for å møte personer som har vært utsatt for ulike typer vold eller overgrep. Dette reflekteres i dagens organisering. Overgrepsmottakenes tjenester, slik de i dag er organisert, er primært innrettet mot personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Dette er spesielt fremtredende ved overgrepsmottakene som er lokalisert ved sykehus/ gynekologiske avdelinger. Hjelp til personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner uten at det samtidig foreligger et seksuelt overgrep håndteres oftest av ordinær legevakt (Nklm 2010).

Av rapporten om status for overgrepsmottak i Norge 2009 følger det at antallet registrerte pasienter ved landets 23 mottak i 2009 varierte fra 4 til 365. Dette gir utfordringer knyttet til kompetanse og kvalitet, ikke bare med hensyn til den helsemessige oppfølgingen av personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep, men også knyttet til å sikre bevis med tanke på fremtidig straffesak, herunder å gjøre en god rettsmedisinsk undersøkelse (sporsikring). Sporsikring finansieres av politiet ved alle bortsett fra ett mottak.

I høringsnotatet om ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov er overgrepsmottak ikke

omtalt og departementet har følgelig heller ikke foreslått å ta inn en lovhjemmel for overgrepsmottak.

Etablering av overgrepsmottak er i dag ett av 50 tiltak i Regjeringens «Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011, Vendepunkt». Planen er et resultat av et tverrdepartementalt samarbeid ledet av Justisdepartementet. Det fremgår av planen at en evaluering av overgrepsmottakene skal gjøres i løpet av planperioden.

Etter departementets vurdering er det behov for en nærmere vurdering av blant annet ansvarsforhold knyttet til overgrepsmottak, eller de funksjoner det er behov for at overgrepsmottakene ivaretar, før det konkluderes i forhold til eventuell lovfesting av krav om overgrepsmottak. Departementet vil følge opp saken på egnet måte i løpet av 2011.

15.7.2 Autorisasjon av sosialpersonell

Norsk Barnevernsamband har i sin høringsuttalelse bedt departementet vurdere autorisasjon av sosialpersonell. I uttalelsen heter det blant annet:

«(...) loven er profesjonsnøytral, det vil si at det ikke er krav til en bestemt type utdanning i visse stillinger. Det kan likevel reises spørsmål om en slik nøytralitet er reell, når departementet ikke tar stilling til autorisasjonsspørsmålet for sosialfaglig personell. NBS er kjent med at dette er et spørsmål som har vært vurdert av departementet, direktoratet og helsetilsynet i mer enn 10 år. Loven er en sammenføring av deler av lov om sosiale tjenester og kommunehelsetjenester hvor det i all hovedsak er helse- og sosialpersonell som arbeider.

Det er derfor en underlig argumentasjon som føres for å ikke autorisere sosialfaglig personell, nemlig at det kan komme krav fra flere yrkesgrupper om autorisasjon. Høringsnotatet er uklart når det gjelder forholdet mellom autorisert og uautorisert personell. På den ene siden sies det at alle er helsepersonell i det øyeblikket de er på arbeid i et helsetiltak og samtidig opprettholdes autorisasjonsordningen for en rekke navngitte utdanninger jf. Helsepersonelloven §§ 48 og 49. Her kan en se for seg en dreining i retning av et snevert helsefokus, og at autorisert helsepersonell må fylle de fleste stillinger. Norsk Barnevernsamband mener at dette snarere vil kunne innsnevre og begrense et mangfold i det kommunale tjenesteapparatet, enn å sikre et fullverdig tilbud til alle som trenger det.»

For ordens skyld vil departementet presisere at spørsmålet om eventuell autorisasjon av sosialpersonell ikke har vært til vurdering i dette lovarbeidet. Departementet vil i den forbindelse bemerke at isolert sett vil behovet for autorisasjon av sosialpersonell være mindre i forhold til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, i og med at

det i lovforslaget § 2-1 foreslås at helsepersonelloven skal gjelde tilsvarende for alt personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven. For nærmere redegjørelse knyttet til dette viser departementet til proposisjonens punkt 9.3 og kapittel 10.

16 Øyeblikkelig hjelp

16.1 Innledning

Det fremgår av pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, første punktum, at «pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp». Hva som regnes som øyeblikkelig hjelp må avgjøres ut fra forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle. Som et alminnelig utgangspunkt omfatter øyeblikkelig hjelp situasjoner der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling blant annet for å gjenopprette eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art.

En pasient trenger øyeblikkelig hjelp dersom vedkommende er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengende nødvendig. Øyeblikkelig hjelp behøver ikke å bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at pasienten må ha behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting. To pasienter med samme diagnose, symptomer eller plager kan bli vurdert forskjellig med hensyn til behovet for å tilby døgnopphold som øyeblikkelig hjelp. Om behandlingen krever at en annen person bistår pasienten vil en pasient som bor sammen med en frisk ektefelle eller har pårørende i huset kunne få hjelpen hjemme. En annen pasient som bor alene uten mulighet for bistand må imidlertid tilbys døgnopphold med bistand. Det er derfor ikke slik at øyeblikkelig hjelp nødvendigvis betyr at det er behov for ambulanse. Mange pasienter som får øyeblikkelig hjelp kan ta bil selv til sykehuset eller bli kjørt i drosje. Øyeblikkelig hjelp benyttes som begrep for å skille mellom hjelpebehov som krever rask hjelp, fra helsehjelp som kan planlegges noen dager, uker eller måneder i forveien.

Kommunene har i dag ikke en plikt til å ha døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Likevel har en del kommuner bygd ut et slikt tilbud. Et eksempel er Fosen-kommunene, som har et særlig utbyggt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Fosen Distriktsmedisinske Senter rapporterer at fire typiske pasientgrupper hos dem er følgende;

1. *KOLS-pasienter med forverring av tilstanden.*

Pasientene har en kjent lidelse med en vanlig

forverring. Pasientene vet hva slags behandling de trenger, men er ikke i stand til å få denne hjemme. Angst hos pasienter som bor alene forverrer både pusten og opplevelsen av situasjonen. Pasientene vurderes av lege til ikke å være så dårlige at de må inn på sykehus, men de kan heller ikke være hjemme alene og få nødvendig behandling der.

2. *Eldre pasienter med ubehag eller smerter i magen.* Pasientene vurderes av lege til ikke å være alvorlig syke, men det er vanskelig å utrede tilstanden hjemme eller mens de er på legevakta. De fleste pasientene har en urinveisinfeksjon eller en forstoppelse.
3. *Pasienter med kjent angina pectoris og smerteanfall.* Angst forverrer ofte situasjonen. Enslige eldre med slike symptomer vil ha nytte av et døgnopphold utenfor hjemmet der de blir sett til, får avklart at dette ikke er noe alvorlig og får nødvendig behandling.
4. *Kreftpasienter med forverring av smerter.* Nye smerter fører ofte til bekymring om smertene kan ha andre årsaker. En enkel utredning og hjelp til å håndtere smertene bidrar til å roe ned situasjonen.

16.2 Gjeldende rett

Kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd bestemmer at «landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen». Det fremgår ikke her uttrykkelig at kommunen har et ansvar for å oppfylle pasientenes rett til øyeblikkelig hjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. Det er likevel sikker rett at begrepet «nødvendig helse-tjeneste» også omfatter øyeblikkelig hjelp. Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp fremgår dessuten forutsetningsvis av kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Kommunen skal etter første ledd nr. 5 gi hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner og etter andre ledd sørge for legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste. Dette står i kontrast til spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første ledd som uttrykkelig regulerer sykehuse-

nes ansvar for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp:

«Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling».

Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten trenger, og ut fra dette enten sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen eller at det henvises videre til sykehus for nødvendig behandling og oppfølging. Kommunen ivaretar i dag normalt vurderingen av pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp gjennom legevaktordningen. Kommunen vil i praksis kunne påta seg ansvar for utredning, behandling og omsorg ved de mindre alvorlige tilfellene av øyeblikkelig hjelp, forutsatt at de har den nødvendige infrastrukturen og kompetansen. Det må innfortolkes en grense mot de tilstandene som forutsetter utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Grensen vil ikke være entydig for alle kommuner, men vil avhenge av lokale variasjoner i helsetilbudet.

Pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten dersom vedkommende ikke kan behandles forsvarlig i kommunen. Dette følger av kravet til forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell etter helsepersonelloven § 4, samt kommunens plikt til å innrette virksomheten slik at forsvarlighetskravet kan overholdes, jf. helsepersonelloven § 16.

Kommunene har ikke plikt til å ha et tilbud om døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Sosialtjenesteloven har ingen uttrykkelige lovbestemmelser om øyeblikkelig hjelp. Forvaltningslovens alminnelige saksbehandlingsregler tilsier imidlertid at henvendelser skal besvares uten ugrunnet opphold og at hastegraden vil være avgjørende for responstiden. Det må skilles mellom responstiden knyttet til at vedtak fattes og at handlingen faktisk iverksettes. I mange tilfeller vil handlingen iverksettes før vedtak formelt er fattet.

16.3 Behovet for presisering av lovregulering

Erfaringer tyder på at det er for mange pasienter som behandles og gis omsorg i spesialisthelsetje-

nesten sett i forhold til hva en naturlig arbeidsdeling med kommunene skulle tilsi. Terskelen mellom sykehusbehandling og det kommunale tilbudet er blitt for høy. I samhandlingsmeldingen vises det til at konsekvensen av dette er at pasienter havner unødige på sykehus selv med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet de har.

Flere pågående samhandlingstiltak viser at ulike former for lokalmedisinske sentra bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet. Samhandlingsmeldingen signaliserer derfor at det er aktuelt å vurdere å bygge opp kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold.

En nylig avgitt rapport fra Helsedirektoratet viser at i 2009 var 114 av 165 innleggelser per 1000 innbyggere øyeblikkelig hjelp. Av disse var 97 av 114 innleggelser per 1000 innbyggere «ikke-kirurgiske pasienter». Mange av disse pasientene er alvorlig syke, men for noen av disse kan kommunehelsetjenesten ha alternative tilbud til sykehus. Gjennom flere forsøk er det vist at det kan etableres kommunale tilbud som er gode alternativer til sykehusinnleggelser for enkelte pasienter. Ved Fosen distriktsmedisinske senter blir om lag 70 % av de pasientene som innlegges som øyeblikkelig hjelp ferdigbehandlet på stedet (som alternativ til sykehusinnleggelse). I kommuner hvor man har etablert slike tilbud faller innleggelsesraten i sykehus med 20-30 prosent. Det er avdekket et stort potensial for samhandling om pasienter med akutte behov. Kommunene bør derfor organisere hastetilbud som alternativ til øyeblikkelig hjelp-innleggelse i sykehus.

På sykehus er det to ulike grupper av innleggelser; planlagte innleggelser og ikke planlagte innleggelser. Ved planlagte innleggelser sender fastlegen en henvisning og begrunner hvorfor pasienten må innlegges til videre utredning og behandling. Sykehuset vurderer henvisningen og bestemmer at pasienten må innlegges. Pasienten får skriftlig beskjed fra sykehuset om når vedkommende kan komme for innleggelse. Slike inntak skjer på hverdager på dagtid. Det vil i praksis ikke være slike pasienter kommunene kan etablere alternative tilbud til. Det vil ikke være kostnadseffektivt at kommunene bygger opp utredningskompetanse som skal konkurrere med planlagte innleggelser i sykehus. Ved ikke planlagte innleggelser, det vil si øyeblikkelig hjelp, sendes pasienten direkte til sykehuset med en innleggel-

sesbegjæring fra fastlegen eller legevaktslegen. Dette skjer døgnet rundt uavhengig av om det er en vanlig hverdag, helg eller helligdag. Mer enn 90 prosent av alle innleggelser på medisinske avdelinger for voksne skjer som ikke planlagte innleggelser. Det er i denne gruppen pasientene som kommunene kan bygge opp alternative tilbud for finnes.

Inntak i sykehjem og andre typer kommunale korttidsinstitusjoner skjer i dag i all hovedsak som planlagte innleggelser på hverdager på dagtid. Selv om det blir ledige senger på sykehjem i helgen eller i høytider står disse sengene ledige frem til det blir hverdag. Nye pasienter får skriftlig beskjed om inntak på samme måte som planlagte innleggelser på sykehus.

Det at man på kommunale institusjoner i utgangspunktet ikke tar inn pasienter på kveld, natt, helg og i høytider handler både om bemanning, tilgang til lege, måte det fattes vedtak om plass på og sist, men ikke minst kultur. Man er ikke vant til å tenke «øyeblikkelig hjelp» selv om behovet ofte er tilstede. Dette fører til at kapasiteten i kommunale institusjoner ikke utnyttes like godt som på sykehus. Det fører også til at kommunale institusjoner i dag i praksis bare i noen grad er alternativ til innleggelser på sykehus fordi «åpningstiden» er så begrenset. Når pasienter blir lagt inn på sykehus i dag skjer det med andre ord ofte fordi kommunale døgntilbud ikke er «åpne» for inntak for å gi adekvat behandling, og ikke fordi pasienten må på sykehus.

16.4 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo å presisere i ny lov at kommunen skal motta pasienter som trenger helsehjelp for undersøkelse og om nødvendig behandling, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Dette anses som en videreføring av gjeldende rett.

Departementet ba videre høringsinstansene om særskilt å kommentere behovet for å lovfeste i ny lov § 3-5 at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Departementet ba også om kommentarer til om en slik eventuell lovfesting bør suppleres med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med regionalt helseforetak eller helseforetak om at sistnevnte skal utføre oppgavene på vegne av kommunen.

16.5 Høringsinstansenes syn

En del høringsinstanser uttaler seg eksplisitt om departementets forslag om å presisere i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov at kommunen skal motta pasienter som trenger helsehjelp for undersøkelse og om nødvendig behandling, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Noen høringsinstanser uttaler at de positive til departementets forslag om å tydeliggjøre kommunens ansvar på dette feltet. Blant annet *Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)* uttaler:

«Høringsdokumentet gir en god drøfting av begrepet øyeblikkelig hjelp. I § 3-5 får kommunene en plikt til å motta øyeblikkelig hjelp. Vi vil anta at presisering som § 3-5 sier er nødvendig. På den andre siden er det her grenseoppganger mot spesialisthelsetjenesten som må avklares.»

Fylkesmannen i Vest-Agder og Helsetilsynet i Vest-Agder (felles høringsuttalelse med unntak av spørsmålet om felles klage- og tilsynsinstitusjon):

«Det er fornuftig å tydeliggjøre kommunens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp ved å innta en egen bestemmelse i loven. Det da viktig å hindre usikkerhet om hvor befolkningen skal henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp, og å sikre at ingen blir skadelidende på grunn av tidstap, hvis han/hun henvender seg «feil»

Andre høringsinstanser er av den oppfatning av lovforslaget er uklart, og det er vanskelig å finne ut av hvilket ansvar som påligger kommunen. *Hobøl kommune og Askim kommune* uttaler:

«§ 3-5 framhever kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp. Vi mener dette punktet må tydeliggjøres ytterligere. Hvor trekkes grensene for kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar? Ordningen må ikke innebære at pasienten utsettes for en unødvendig ekstra instans. Hvordan skiller nytt lovforslag seg fra dagens legevaktspraksis med hensyn til dagens kommunale ansvar for øyeblikkelig hjelp?»

Rælingen kommune:

«§ 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Teksten i denne paragrafen synes å være formulert slik at det blir uklart hvilket ansvar kommunen egentlig får for øyeblikkelig hjelp. Det blir vanskelig å få oversikt over hvilke pasientgrupper som skal til sykehus. Denne paragrafen kan også for oss synes å bære preg av et ikke ferdig arbeid.»

Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF:

«§ 3-5 Brukerutvalget stiller spørsmål ved begrepet «påtrengende nødvendig». Hvordan skal dette begrepet forstås i forhold til begrep som «nødvendig» «prioritert» og «øyeblikkelig» helsehjelp i ulike lovverk? Lovgiver må forsikre seg om at begrepene defineres og anvendes likt.»

Svært mange av høringsinstansene uttaler seg om behovet for å lovfeste en ny bestemmelse som sier at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

En del høringsinstanser er usikre på om kommunene, og da især de små kommunene, er i stand til å oppfylle en slik plikt. Blant annet uttaler Setedalskommunene *Bykle, Valle, Bygland, Evje* og *Hornes* i en felles høringsuttalelse:

«Et døgnkontinuerlig øyeblikkelig-hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. For små kommuner med begrensede ressurser, så vil en lovmessig plikt sette kommunen i en umulig situasjon. Pålegg om etablering av et tilbud som ikke vil tilfredsstillende krav til forsvarlig kvalitet, vil kunne sette brukeres liv og helse i fare.»

Svært mange høringsinstanser uttaler at de synes forslaget er uklart med hensyn til finansieringen av plikten. *Tønsberg kommune* uttaler:

«I mange tilfeller vil det skape tydelighet ved en lovfesting av plikten til å sørge for døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Det vil også kunne forenkle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fordi det ellers vil oppstå nye muligheter til «gråsoner. (...)

Kommunen ser at en kommunal plikt til å sørge for døgnopphold vil gi store økonomiske utfordringer for kommunen. Det er vanskelig uttale seg mer spesifikt om dette så lenge departementet ikke har presisert innholdet i den kommunale medfinansieringen.

En overføring av plikten vil også gi kommunen store utfordringer administrativt og i forhold til medisinfaglig kompetanse. Siden pasientgruppen ikke er endelig bestemt er det vanskelig å gi gode kommentarer til dette. Det som er klart er at det vil medføre de samme kostnader og behov som dagens lokalsykehus.»

Sandnes kommune:

«Høringsnotatet er imidlertid svært uklart m.h.t. finansiering av en slik endring, samtidig som forsvarlighetskravet presiseres. Det mest uheldige scenarioet for befolkningen vil være en kommunal plikt som ikke er finansiert, slik at tilbudet om utredning og behandling ikke er tilstrekkelig godt, samtidig som kommunene vil straffes økonomisk ved bruk av spesialisthelsetjenesten for samme behov. I et slikt lys vil pasientene kunne bli svært skadelidende. Vi støtter således en lovfesting av at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Vi advarer samtidig svært sterkt mot å innføre dette uten samtidig å sikre fullfinansiering og tilgang på tilstrekkelig kompetanse.»

Trondheim kommune:

«Trondheim kommune finner det vanskelig å vurdere konsekvensen av å innføre plikt til etablering av kommunale døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Vi anbefaler at man iverksetter forsøksvirksomhet før man konkluderer på dette området. Et slikt delt ansvar betinger tydelige retningslinjer og kriterier for ansvarsfordeling mellom kommune og sykehus, mulighetene for kvalitetssikring og kompetanseutvikling. Det er også viktig at kommunen ikke dublerer tilbudet og skaper situasjoner som virker kompliserende, virker kvalitetssenkende og fordyrende. Det må sikres at nye ø-hjelpordninger kommer istedenfor de eksisterende og ikke i tillegg til.

Forsøksordninger bør omfatte kommunale observasjonsposter for personer med avklart medisinsk tilstand da dette sannsynligvis kan bidra til å redusere antallet ø-hjelpsinnleggelser.»

Flere høringsinstanser er positive til forslaget under visse forutsetninger. Blant annet *KS* uttaler:

«KS mener at kommunehelsetjenesten bør organisere et «øyeblikkelig hjelp» døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i institusjon. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege der begrunnelsen er medisinske forhold. Det bør lovfestes en plikt for kommunen til å etablere et slikt tilbud. Dette vil være en reell oppgaveoverføring til kommunen. Grensesnittet mot innhold lokalsykehusfunksjonens øyeblikkelig hjelp må beskrives. Ingen pasienter skal diskrimineres med hensyn til alder, kjønn, bosted osv. Kvalitet i kommunene skal være like god eller bedre enn sykehus, og effektiv (...)»

De økonomiske virkningene ved et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør samtidig klargjøres.»

Hardangerrådet:

«Kommunane ser det som ei spennande og nødvendig utfordring å etablere eit døgntilbod for øyeblikkelig-hjelps/observasjonssenger som alternativ til sjukehusinnlegging for visse pasientgrupper.»

Helsedirektoratet:

«Dersom realiseringen av samhandlingsreformen skal lykkes må det være anledning til å kunne legge inn øyeblikkelig-hjelp pasienter for behandling og / eller observasjon i døgnopphold i kommunen. Dette er kjernen i begrepet «før- i stedet for- og etter» sykehusbehandling. Helsedirektoratet støtter på denne bakgrunn at kommunene bør få en lovfestet plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. (...)»

Ut fra høringsnotatets fremstilling av dette finner Helsedirektoratet grunn til å bemerke at det ikke er mulig å legge inn øyeblikkelig hjelp-funksjoner i sykehjem og hjemmetjenester slik de er organisert i dag, med blant annet begrenset legedekning ut over ordinær arbeidstid. Det er heller ikke sykepleierkapasitet til å ha mer enn en marginal vaktberedskap utover vanlig arbeidstid. Dersom det skal lykkes å overføre disse oppgavene til kommunene er det en nødvendig forutsetning at det tilføres betydelige ressurser, både med hensyn til

kapasitet og personell. I tillegg er det etter Helsedirektoratets syn nødvendig å satse på en utbygging av lokalmedisinske sentre.»

Helse Nord RHF:

«Etter Helse Nord RHF's vurdering er dette et så fundamentalt element i samhandlingsreformen at plikten til å etablere slike tilbud bør lov- eller forskriftsfestes. Helse Nord RHF ser at det kan bli krevende å iverksette en plikt allerede fra 2012. Det avgjørende er at det økonomiske grunnlaget for etablering av slike kommunale døgntilbud understøttes av de finansieringsordninger som vedtas.»

Den norske legeforening har flere merknader til departementets forslag. Det blir det vist til at departementet fjerner lovkravet om å etablere særlige institusjoner for heldøgns omsorg og pleie. Legeforeningen mener at dersom man skal innføre øyeblikkelig hjelp-plikt, burde kravet snarere styrkes. Det vises til at en plikt for kommunene kan bidra til økt risikonivå uten at man setter spesifikke krav til faglighet og institusjonell forankring, og man samtidig knytter dette til faglig forsvarlighet som minstenorm. Legeforeningen er også skeptisk til departementets omtale av finansieringen av en slik plikt, og uttaler:

«Høringsnotatet er svært uklart med hensyn til finansiering av en slik ordning. Det må unngås at dette blir en ny kommunal plikt som ikke er finansiert. Da vil man mangle midler til å bygge opp et tilstrekkelig god kvalitativt tilbud, samtidig som kommunene vil straffes økonomisk for bruk av spesialisthelsetjenesten ved samme behov.»

Dersom ovennevnte innvendinger ivaretas er Legeforeningen positive til at det arbeides videre med en slik modell. Det er behov for nærmere pilotering og konsekvensutredning før en slik modell settes i system.»

Statens helsetilsyn viser til sin fireårige satsing på tilsyn med tjenester til eldre hvor det i 2010 ble utarbeidet en rapport om risikoområder i spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. Et av de mest alvorlige risikoområdene panelet fant, var at eldre med akutt sykdom eller skade ikke får tilstrekkelig rask og kyndig hjelp. Direkte innleggelse i sykehjem og ikke via sykehus hvor den diagnostiske kompetansen finnes, ble nevnt som et konkret eksempel på svikt. Videre viser helsetilsynet til at tilsynserfaringer fra enkeltsaker viser at pasi-

enter som oppsøker fastlege eller kommunal legevakt for øyeblikkelig hjelp ikke blir henvist til spesialisthelsetjenesten i situasjoner hvor pasientens helsesituasjon tilsier at dette burde vært gjort. Statens helsetilsyn uttaler derfor at de er:

«(...) bekymret for å pålegge kommunene plikt til å ha døgnopphold for øyeblikkelig-hjelp-pasienter. En slik plikt forutsetter i så fall et godt strukturert institusjonstilbud, og at kravene til hva et slikt tilbud skal inneholde, omtales tydelig i forskrift. Vi ser for oss at en del av institusjonsplassene må stå tomme for beredskapsformål og at kommunen må sikre seg fagkompetanse i form av lege- og sykepleierressurser for å ivareta øyeblikkelig-hjelp-funksjonen da legevakttjenesten neppe er tilstrekkelig for å betjene denne tjenesten.»

Landets pasient og brukerombud:

«Dersom det skal etableres et kommunalt tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, taler hensynet til lik praksis i kommunene og pasientenes rettsikkerhet for at tilbudet blir lovregulert.»

Norsk Psykiatrisk forening:

«(...) mener at ø-hjelpstilbudet i alle kommuner trenger større kompetanse på vurdering av akutt psykiatriske tilstander og tiltak. For mange blir innlagt i akutt psykiatrisk avdeling uten at andre tiltak er vurdert. Opprettelsen av kommunalt tilbud om døgnopphold vil være et viktig tiltak for rask hjelp også for mennesker med psykiske lidelser, og vil kunne forhindre unødig innleggelse på sykehus og forhåpentligvis føre til at flere kan bo i eget hjem.»

Kreftforeningen:

«Kreftforeningen anser det som viktig at kommunene sørger for et døgntilbud til pasienter som må følges opp av helsepersonell og støtter at en slik plikt lovfestes. Kreftpasienter som er utskrevet fra sykehus vil i noen tilfeller trenge øyeblikkelig hjelp og oppfølging utover det som er mulig gjennom den kommunale hjemmetjenesten. Pasienter med kognitive utfall, eksempelvis hjernesvulstpasienter, og somatiske utfall, eksempelvis stomi, er eksempler på grupper som kan ha behov for slike tilbud.»

SINTEF:

«SINTEF støtter at kommunene skal kunne ivareta pasienter med akutt behov for tilsyn og oppfølging når det ikke er behov for spesialisthelsetjenestens kompetanse. Dette forutsetter imidlertid at tilbudet er faglig og økonomisk forsvarlig. Kommunene vil per i dag ha svært ulike forutsetninger for å kunne etablere et slikt tilbud, både ut fra økonomi og dekning av nødvendig kompetent personell.»

Arbeidsgiverforeningen SPEKTER:

«Etter Spekters vurdering vil etablering av kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp være viktig for å redusere behovet for innleggelser ved sykehusene. Det etterspørres synspunkter på om dette bør lovfestes. En eventuell lovfesting må vurderes i forhold til mulighetene kommunene har til å bygge opp et slikt tilbud. Det må derfor avklares hvordan det skal finansieres og hvordan mindre kommuner kan ivareta en slik plikt. Det er vanskelig å se for seg at en slik plikt kan pålegges kommunene uten at det på forhånd er gjort endringer i nåværende kommunestruktur.»

En del høringsinstanser uttaler at de er negative til forslaget om å lovfeste en plikt for kommunen til å ha tilbud om døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Blant annet *Bergen kommune* uttaler:

«Det foreliggende lovforslaget beskriver omfanget av øyeblikkelig hjelp-plikten til «nødvendig behandling» og «til den hjelp kommunen kan yte». Det er uklart hvor avansert hjelp kommunen forventes å yte, og hvilken kompetanse personalet derfor må besitte.

Bergen kommune vil hevde at forslaget om større «øyeblikkelig hjelp ansvar» for kommunene er uklart definert mot spesialisthelsetjenestens ansvar for øyeblikkelig hjelp. De faglige og økonomiske konsekvensene blir uklare, og Bergen kommune støtter derfor ikke forslaget om lovfesting av dette ansvaret.»

Inderøy kommune, Bindal kommune og Lierne kommune uttaler:

«Vi mener tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege. En slik plikt vil kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner. Vi

mener derfor dette kun skal være en frivillig oppgave for kommunene og ikke lovfestes slik det legges opp til i høringsnotatet.»

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS:

«Vi har problemer med å se at døgnåpne akutt-mottak i kommuneregi vil kunne drives på en kostnadseffektiv måte med tilfredsstillende kvalitet. Kommunale døgnåpne øyeblikkelig hjelp enheter vil kreve en relativt betydelig bemanning i forhold til det antall pasienter som vil være aktuelle. Det vil mange steder bli en dårlig utnyttelse av personellressursene, noe som er meget uheldig sett i lys av den utviklingen vi ser for oss i helsepersonellmarkedet.

Vi er således imot et lovpålegg om kommunale øyeblikkelig hjelp enheter.»

16.6 Departementets vurderinger og forslag

Det grunnleggende virkemidlet for å få til en dreining mot behandling i kommunene fremfor i sykehus er de økonomiske insentivene som omtales i kapitlene 40 og 41.

Departementet vil i punkt 16.6.1 redegjøre for forslag til presisering og videreføring av kommunens ansvar for å yte øyeblikkelig helse- og omsorgstjenester og om nødvendig vise videre til tilbud i spesialisthelsetjenesten eller egnet tilbud i kommunen.

I punkt 16.6.2 redegjøres det for innretning av kommunenes tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.

16.6.1 Plikt for kommunene til å motta og vurdere pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp

Departementet ønsker å støtte opp under en utvikling hvor kommunene selv mottar og vurderer om pasientene kan få gode helse- og omsorgstilbud i kommunen, eller om pasienten må henvises til spesialisthelsetjenesten. Det er også ønskelig å speile spesialisthelsetjenestens ansvar med en tilsvarende uttrykkelig lovregulering av kommunens ansvar i ny helse- og omsorgstjenestelov. Departementet foreslår derfor å presisere i ny lov at kommunen skal motta pasienter som trenger helse- og omsorgshjelp for undersøkelse og om nødvendig behandling, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommu-

nen kan gi er påtrengende nødvendig. Dette anses som en videreføring av gjeldende rett.

Forslaget innebærer at kommunen må sørge for at pasientene mottas for undersøkelse og, om nødvendig, også for behandling eller annen helsehjelp som kommunene selv kan yte. Ved mer eller mindre akutte behov for helsehjelp som ikke krever spesialisthelsetjenestens særskilte kompetanse, er det viktig å fatte raske avgjørelser om pasienten kan få et tilbud i kommunen eller om spesialisthelsetjenesten må oppsøkes. Plikt til å sørge for forsvarlige tjenester er førende for hvordan kommunen velger å organisere sine tjenester slik at pasient og bruker kan få et forsvarlig tilbud om rask vurdering av sitt behov for helse- og omsorgstjenester.

Noen høringsinstanser påpeker at det uklart hva plikten for kommunene til å motta og vurdere pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp innebærer. Departementet vil presisere at plikten kun for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg. I den grad kommunen ikke har etablert et relevant tilbud i form av institusjoner, hjemmetjenester eller kompetanse, må pasientene om nødvendig henvises til spesialisthelsetjenesten. Det vil være en medisinsk faglig vurdering som må ligge til grunn for hvor pasienten kan få en forsvarlig behandling.

Departementet anser at det bør være opp til den enkelte kommune å beslutte hvordan den best kan løse behovet for raske avklaringer av pasientenes hjelpebehov i de kommunale tjenestene. Det er derfor ikke hensiktsmessig å regulere hvordan kommunen skal innrette seg for å foreta de nødvendige vurderingene i tide. Imidlertid forutsettes det at vurderingene foretas av kompetent helsefaglig personell. I dag ivaretas funksjonen som regel av legevakten eller fastlegen. Andre eksempler kan være kommunelegen, vakt-havende på sykehjem eller skammel-institusjon/intermediære tjenester.

Det samme som er beskrevet ovenfor om pasienter, gjelder tilsvarende for brukere. I disse tilfellene vil det likevel ikke være tale om å henvise brukeren til spesialisthelsetjenesten, såfremt det ikke gjelder helsehjelp. Som nevnt i punkt 29.7 ønsker departementet ikke at det skal oppstå usikkerhet om retten til omsorgstjenester for å dekke akutte bistandsbehov, og foreslår derfor på bakgrunn av høringsinstansenes innspill at det fremgår av pasientrettighetsloven § 2-1 a første ledd at pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen. Se nærmere omtale av pasient og brukers rett til øyeblikkelig hjelp i kapittel 29.

16.6.2 Døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp

Samhandlingsreformen innebærer at en større del av pasientforløpene foreslås overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Konsekvensen av dette er at kommunene i større grad enn i dag vil måtte foreta reelle avveininger av om pasienten skal henvises til kommunale tilbud eller til spesialisthelsetjenesten.

Mange av høringsinstansene ser ut til å være positive til at kommunene skal få et ansvar for døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp tilfeller, dersom noen sentrale momenter klargjøres. Departementets inntrykk av høringen er at høringsinstansene er skeptiske til omtalen av forslaget slik den ble fremstilt i høringsnotatet. Det er to momenter som peker seg ut. Den ene er finansieringen av plikten. Flere av høringsinstansene er skeptiske til den finansieringsløsningen som departementet fremlegger, og uttaler at det er en forutsetning for innføring av en plikt til døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp for kommunen er at staten fullfinansierer plikten. Det andre momentet som fremheves er kommunens mulighet til å påta seg en slik plikt fra og med 1.1.2012. Flere høringsinstanser, deriblant mange kommuner, problematiser kommunenes evne til å opprette et slikt tilbud fra nevnte dato.

For at kommunens nye tilbud skal bli et reelt alternativ til noen av de ikke-planlagte innleggelsene i sykehus og for å sikre at kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp er tilgjengelige utenom ordinær «åpningstid», mener departementet at det er nødvendig med et lovpålegg. Plikten bør speile det ansvaret spesialisthelsetjenesten har for å motta pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. En lovfesting av plikten vil gi et tydelig signal om at kommunene skal bidra aktivt til en utvikling hvor flere aktiviteter naturlig organiseres og utføres på lokalt nivå, nær pasienten.

Departementet foreslår å lovfeste at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig helse- og omsorgshjelp. Slike tilbud skal komme i tillegg til, og ikke til erstatning for, lokalsykehus. Disse tilbudene vil derfor normalt rette seg mot pasienter som har behov for øyeblikkelig *helsehjelp*, men det er likevel ikke til hinder for at brukere som har et mer omsorgsrettet behov også får et tilbud i disse institusjonene.

Departementet vil presisere at med døgnopphold for øyeblikkelig hjelp menes innleggelse av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd. Erfaringer fra blant annet sykestuedrift viser at ulike lokale tilbud kan bidra til å sikre observasjon, diagnostisering og behandling på en god og kostnadseffektiv måte. Plikten til å tilby døgnopphold skal kun gjelde for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg. I all hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling. Dette er som nevnt i punkt 16.2 pasienter som kommunen allerede i dag tar ansvar for i sykehjem, i andre korttidsinstitusjoner og på legevakt. Det nye er at kommunen skal legge til rette for at de pasientgruppene som den uansett skal hjelpe, får hjelp også når det er behov for døgnopphold.

Med andre ord vil denne plikten i all hovedsak gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling, og hvor allmenntilstanden ikke tilsier at det er behov for sykehusinnleggelse. Like viktig er det at partene i de lovpålagte lokale samarbeidsavtalene forsøker å utarbeide nærmere kriterier for hvilke pasienter som ikke kan få sine tilbud i kommunen. Det er grunnleggende at pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten dersom pasienten ikke kan behandles forsvarlig i kommunen. Dersom det er tvil om pasienten vil få forsvarlig behandling i kommunen, skal pasienten henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Ved øyeblikkelig hjelp er det normalt legevakten eller fastlegen som foretar den konkrete vurderingen av hvor pasienten bør få sin behandling.

Flere høringsinstanser har påpekt behovet for å få klarhet i det nærmere innholdet i plikten til å ha døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Departementet vil derfor foreslå at Kongen i statsråd kan fastsette forskrifter til utdyping av plikten, herunder hvilke pasientgrupper som skal omfattes av tilbudet. Dette kan konkretiseres ytterligere i faglig retningslinjer og i de lokale avtalene. Departementet har merket seg de innspillene som er kommet om det nærmere innholdet i plikten, og vil ta disse innspillene med seg i det videre arbeidet med forskrift tilknyttet plikten. Det vil i første omgang være aktuelt at plikten omfatter somatikk, men at det etter hvert vurderes i hvilken grad også psykisk helse og rus skal omfattes.

Plikten til å tilby døgnopphold fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra de regionale

helseforetakene til kommunene i perioden 2012 til 2015. Det er lagt til grunn et måltall for 2012-2013 på om lag 120 000 liggedøgn og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner (inkludert kapitalkostnader). Innføring av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene vil innebære en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

En del av investeringskostnaden knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikten håndteres innenfor ordningen med investeringstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser og basert på de kriterier som ligger i ordningen i dag. Dersom kommunene velger å lånefinansiere resten er det tatt høyde for dekning av økte renter og avdrag og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner.

I avtalene mellom kommunene og regionale helseforetak skal det inngå et eget punkt som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene. På den måten oppfordres partene til å se øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng, og bli enige om løsninger som er hensiktsmessige både for kommunene, helseforetakene, og ikke minst pasientene. Samtidig unngår man at det opparbeides en dobbeltkapasitet.

Det påpekes som nevnt ovenfor fra flere høringsinstanser at det er et behov for en gradvis innfasing for å sikre et forsvarlig tilbud. Departementet ser at det vil kunne ta noen år før alle kom-

muner har forutsetninger for å innfri en lovpålagt plikt om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Departementet vil derfor foreslå å lovfeste plikten, men med utsatt ikrafttredelse. Lovbestemmelsen trer først i kraft når innfasingsperioden er gjennomført. Det tas derfor sikte på ikrafttredelse 1. januar 2016. Det vil gi kommunene tid til å skaffe seg kompetanse, lokaler osv. for å sette seg i stand til å kunne oppfylle en lovpålagt plikt.

Departementet vil understreke at det følger av lovforslaget § 3-1 femte ledd at kommunen kan yte de lovpålagte tjenestene selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Dette gjelder også for plikten til å ha tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, jf. § 3-5 tredje ledd. For eksempel vil kommunene kunne inngå avtale med et regionalt helseforetak om å yte tjenestene på vegne av kommunen mot kompensasjon. Dette forutsetter en enighet mellom kommunen og det regionale helseforetaket om vilkårene for en slik avtale.

Det understrekes at når kommunene oppretter tilbud om øyeblikkelig hjelp, må inntaksprosedurene tilpasses hastegraden, for eksempel slik at tilbud om øyeblikkelig hjelp må gis uten ugrunnet opphold og på bakgrunn av en medisinsk faglig vurdering. For øvrig vises det til kapittel 11 om tildeling av hjelp og forholdet til forvaltningsloven.

17 Helsefremmende og forebyggende arbeid

17.1 Innledning

Forslagene til ny helse- og omsorgstjenestelov og ny folkehelselov skal til sammen erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og folkehelseloven for fylkeskommunene.

Regelverket for helsefremmende og forebyggende helsetjenester i kommunen og kommunens folkehelsearbeid følger i dag av kommunehelsetjenesteloven. I lovforslagene er dette delt slik at de kommunale helse- og omsorgstjenestenes helsefremmende og forebyggende arbeid følger av helse- og omsorgstjenesteloven, mens folkehelsearbeidet, herunder miljørettet helsevern, følger av forslaget til ny folkehelselov. Dette er til en viss grad overlappende, og det er gitt en nærmere omtale av forholdet mellom de to lovene i punkt 9.11 og i punkt 11.3.2 i proposisjonen om ny folkehelselov.

Fylkeskommunens særskilte ansvar for helsefremmende og forebyggende tjenester med hensyn på tannhelse følger av lov om tannhelsetjenesten og forslaget til ny folkehelselov. Tannhelsetjenesteloven er også under revisjon. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å sende på høring forslag til ny tannhelsetjenestelov i løpet av 2011.

Dette kapitlet omhandler det helsefremmende og forebyggende arbeidet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som fremgår av lovforslaget §§ 3-2 og 3-3. For ordens skyld viser departementet også til kapittel 43 hvor forebygging i spesialisthelsetjenesten er omtalt.

Helsefremmende og forebyggende arbeid vil bli forankret i helse- og omsorgstjenesteloven som tre oppgaver:

1. Egne helsefremmende og forebyggende tjenester (helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skoler), jf. punkt 15.5.2 om § 3-2 første ledd nr. 1.
2. Forebyggende innsats som en del av alle kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. § 3-3 første ledd.
3. Helse- og omsorgstjenestenes bidrag i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, jf. § 3-3 andre ledd.

17.1.1 Utfordringsbildet

Sykdomsutviklingen i den norske befolkningen kan i økende grad knyttes til levevaner som påvirker risiko for sykdom, som for eksempel hjerte-/karsykdom, kreft, KOLS, diabetes og rusavhengighet. En stadig større del av sykdomsbyrden er kronisk. Selv om det settes inn effektive tiltak for å redusere dagens helseutfordringer vil denne utviklingen fortsette. Først og fremst er det fordi befolkningen blir eldre, men også fordi medisinske fremskritt gjør at flere overlever og lever med sykdom som de tidligere ville dø av, og dels fordi grunnlaget for kroniske lidelser i de neste årene allerede er lagt.

Samfunnet er preget av sosiale helseforskjeller. Ulikhetene dokumenteres både knyttet til dødelighet, sykkelighet og selvopplevd helse, og både for fysiske og psykiske lidelser. Levekår som oppvekstforhold, bomiljø, utdanning og inntekt påvirker levevaner og gir økt risiko for sykdom desto kortere utdanning personen har og desto lavere inntekten er.

Psykiske lidelser er en viktig årsak til for tidlig død, og en av de viktigste årsakene til uførhet, sykefravær og nedsatt livskvalitet. De vanligste tilstandene er angst og depresjon, ofte kombinert med problematisk alkohol- og annen rusmiddelbruk. Forekomsten av psykisk sykdom har ikke økt de siste årene, men oppmerksomheten om slike lidelser har økt, og flere får behandling. Psykiske lidelser oppstår ofte tidlig i livet og blir i mange tilfeller en kronisk tilstand med bedring og tilbakefall. Alkoholmisbruk er en av vår tids største helseproblemer og en av de viktigste årsakene til uførhet, sykdom og tidlig død. Norge har et relativt lavt totalforbruk av alkohol i europeisk målestokk, men forbruket har steget de siste årene, særlig blant kvinner. Også bruk av illegale rusmidler er forbundet med betydelig sykkelighet og høy dødelighet. Det er en sterk sammenheng mellom rusmiddelrelaterte problemer, psykiske lidelser og fattigdom, og de menneskelige, sosiale og økonomiske konsekvensene er store.

Det vises for øvrig til kapittel 3 med omtale av utfordringer som vil kreve økt satsing på forebyg-

gende arbeid og punkt 15.5.7 om psykisk helse og rus.

17.1.2 Forebyggende helsetjenester

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer helse og trivsel, forebygger sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt innsats for en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. I tillegg til å tilby egne arenaer for forebyggende helsetjenester slik som helsestasjoner mv., er alle helse- og omsorgstjenestene viktige forebyggingsarenaer. Helse- og omsorgstjenesten gir viktige bidrag i det lokale tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeid kan deles i *helsefremming* og *sykdomsforebygging*. *Helsefremming* kan omtales som det offensive, proaktive arbeidet, som innebærer å skape et godt grunnlag for befolkningens helse, mens *sykdomsforebygging* kan forstås som en mer defensiv tilnærming, som innebærer å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre at sykdom oppstår.

I det praktiske folkehelsearbeidet vil innsats langs de to aksene utfylle og overlape hverandre. De fleste helsefremmende tiltak vil også ha en sykdomsforebyggende effekt og det meste av det som gjøres av sykdomsforebygging har også potensial for å styrke og fremme helsen.

En sentral utfordring som påpekes i St. meld. nr. 47 (2008-2009) er at tjenestene preges av for lite innsats for å begrense og forebygge sykdom. Forebygging kan bremse eller forhindre utvikling av sykdom og forhindre at en etablert sykdom forverres eller fører til komplikasjoner, og gi gevinst både for pasienten og for samfunnet. Slik innsats er viktig i alle faser av et pasientforløp.

Den foreslåtte helse- og omsorgstjenesteloven regulerer helsetjenestene som kommunene skal sørge for å tilby befolkningen. I teori om forebyggingsbegrepet har det tradisjonelt vært skilt mellom tre nivåer:

1. *Primærforebyggende* arbeid innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. Eksempler er levekårsarbeid, strukturell tilrettelegging for sunne levevaner, undervisning og annen helseopplysning, vaksinasjon og ulykkesforebygging.
2. *Sekundærforebyggende* arbeid har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er blitt diagnostisert. Sekundærforebyggende arbeid er ikke

alltid lett å skille fra behandlingsvirksomhet. Det som kalles tidlig intervensjon vil være sekundærforebyggende tiltak. Andre eksempler på sekundærforebyggende arbeid er veiledning om kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt til personer med økt sykdomsrisiko eller etablert sykdom knyttet til levevaner, samt veiledning og oppfølging av personer med risikofyllt alkoholbruk. Medikamentell behandling for å senke kolesterol eller blodtrykk er også sekundærforebygging.

3. *Tertiærforebyggende* arbeid tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensene opp mot rehabilitering og pleietiltak, samt lærings- og mestringstilbud er i praksis ofte uklare. Eksempler på tertiærforebyggende tiltak er fysioterapi etter benbrudd og sosiale støttetiltak ved psykisk sykdom.

Dette kapitlet omhandler alle disse tre typene forebygging, i det videre omtalt som forebyggende helsetjenester.

17.2 Gjeldende rett

Forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid er i dag regulert primært i kommunehelsetjenesteloven. I tillegg er det gitt flere lover som regulerer nærmere bestemte temaer som har forebyggingsformål. Dette gjelder for eksempel alkoholloven, tobakkskadeloven, tannhelsetjenesteloven, smittevernloven og strålevernloven.

Formålsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-2 har et tydelig forebyggingsperspektiv:

«Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.»

Videre skal kommunens helsetjeneste etter § 1-3 første ledd nr. 1 omfatte oppgaver som «Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte». Forebyggende tiltak skal organiseres som miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, helse-tjenester i skoler, opplysningsvirksomhet og fengselshelsetjenester. Svangerskaps- og barselom-

sorg er i utgangspunktet forebyggende helsetjenester.

Forebyggende innsats kan også være helsehjelp som ytes innenfor allmennlegetjeneste, pleie- og omsorgstjeneste mv.

Kommunens helsetjeneste skal etter kommunehelsetjenesteloven § 1-4 første ledd:

«(...) til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen».

Denne bestemmelsen kom inn i loven i 1987 i forbindelse med at helserådstjenesten (miljørettet helsevern) ble overført fra sunnhetsloven til kommunehelsetjenesteloven. Oppgaven omfatter ifølge Ot.prp. nr. 40 (1986-87) om endringer i kommunehelsetjenesteloven blant annet det å registrere risikofaktorer og årsakssammenhenger.

Proposisjonen skisserer et system der datagrunnlag over helsetilstand og risikofaktorer gir grunnlag for en systematisering og «kommunedignose» som igjen gir grunnlaget for plan for forebyggende tiltak. Blant annet uttales det:

«Et godt datagrunnlag er av svært stor betydning for kvaliteten på de beslutninger som skal treffes også når det gjelder forebyggende tiltak».

Oversikten over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene etter kommunehelsetjenesteloven § 1-4 første ledd har også en side mot helsetjenestens behov for kunnskap ved at den er et verktøy for å dimensjonere og planlegge kommunens forebyggende og kurative tjenester mv. Det følger videre av bestemmelsen at helsetjenesten på bakgrunn av sin oversikt over helsetilstand og risikofaktorer, skal «foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen».

Av bestemmelsens andre ledd følger videre at helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivare tatt av andre offentlige organer. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet.

Bestemmelsen gir ifølge forarbeidene helsetjenesten en aktivitetsplikt når det gjelder å foreslå forebyggende tiltak. Samarbeid mellom helsetjenesten og andre etater er understreket. Helsetjenesten har både rett og plikt til å medvirke til at andre forvaltningsorganer tar hensyn til helse i sin virksomhet.

Etter sosialtjenesteloven § 3-1 skal:

«Sosialtjenesten gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer.

Sosialtjenesten skal søke å legge forholdene til rette for å utvikle og styrke sosialt fellesskap og solidaritet i nærmiljøet.

Gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet skal sosialtjenesten arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk.

Sosialtjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.»

Sosialtjenestens plikt til å gi individuell opplysning, råd og veiledning er regulert i loven § 4-1. Siktemålet med denne bestemmelsen er ikke bare å løse eksisterende problemer, men også å søke å forebygge at problemer oppstår. Bestemmelsen omfatter alt fra rutinemessig henvisning til andre instanser til personlig råd og veiledning og familiebehandling.

17.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

17.3.1 NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Utvalget har i lovutkastet § 1-1 foreslått at formålet med loven blant annet skal være å bidra til å sikre trygge og forsvarlige levekår og fremme folkehelse og gode sosiale og miljømessige forhold ved opplysning og annen forebyggende virksomhet.

Videre har utvalget foreslått en egen bestemmelse (§ 2-1) om kommunens ansvar for forebyggende og helsefremmende virksomhet. Denne inneholder en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-4 og av virksomhet regulert i sosialtjenesteloven § 3-1 om krav til oversikt. For øvrig er folkehelsearbeid og sosialt forebyggende virksomhet lite omtalt av utvalget.

De høringsinstansene som uttalte seg om utredningens omtale av folkehelsearbeid, helsefremmede og forebyggende arbeid og sosial forebyggende virksomhet, påpekte at dette i liten grad var ivare tatt av utvalget.

Flertallet av de *kommuner* som uttalte seg mente at lovforslaget i større grad må sikre forebyggende helsearbeid, samfunnsmedisin og miljørettet helsevern, og savnet særlig regulering av kommunelegefunksjonen.

Norsk Sykepleierforbund var bekymret for at det forebyggende arbeidet syntes nedtonet til fordel for det kurative, og understreket at befolkningens helse fortsatt må være et høyt prioritert samfunnsansvar, og at kommunene må tilby forebyggende tjenester til alle sine innbyggere for å redusere helsesvikt og for å lære mennesker hvordan de kan ivareta sin egen helse. *Sosial- og helsedirektoratet* mente det var behov for å sikre at kommunene faktisk arbeider med forebyggende arbeid både ovenfor befolkningen generelt, for utsatte grupper og ved behov, på individuell basis. Direktoratet mente dette ikke var godt nok presisert i utvalgets lovutkast.

17.3.2 St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge

Under mottoet «forebygge mer og reparere mindre» legges det i Stortingsmeldingen føringer for å styrke forebyggingsinnsatsen både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I meldingen foreslås innført en stimuleringsstakst for leger til livsstilsveiledning fremfor medikamentell behandling av pasienter med definert sykdom og sykdomsrisiko, og samtidig varsles oppfølgingstilbud som hjelp til omlegging av helseatferd. Takst for såkalt grønn resept (livsstilsveiledning) ble innført fra 1. oktober 2003 og det har siden pågått utvikling og etablering av lokalbaserte tilbud som henvisningssted for pasienter som har fått forskrevet grønn resept.

Meldingen vektlegger betydningen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten for tidlig identifisering av risikogrupper og tidlig forebyggende innsats. Meldingen påpeker behovet for å styrke kapasitet og kompetanse særlig i skolehelsetjenesten for å gjøre denne forebyggende tjenesten lettere tilgjengelig.

17.3.3 St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Det overordnede mål for denne strategien er å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse. Meldingen påpeker at innsats for å utjevne sosiale helseforskjeller må omfatte både universelle tiltak rettet mot hele befolkningen og tiltak målrettet mot risikogrupper.

Strategien er bred og tverrsektoriell og omfatter målområdene inntekt, oppvekst, arbeid og arbeidsmiljø, helseadferd, helsetjenester og målrettet innsats for sosial inkludering. Dette betyr at mange sektorer er ansvarliggjort gjennom strategien. Her refereres først og fremst helsetjenestens bidrag.

Fordi skolehelsetjenesten har en så stor kontaktflate mot alle barn og unge, fremheves den som et av helsetjenestens viktigste bidrag for å sikre målet om trygge oppvekstvilkår og like muligheter til utvikling. Meldingen varsler at «Regjeringen vil videreutvikle og styrke skolehelsetjenesten».

For å sikre sosial utjevning i helseatferd fremhever meldingen betydningen av å legge større vekt på pris- og tilgjengelighetsvirkemidler i arbeidet med å forebygge livsstilssykdommer. Når det gjelder helsetjenesten, er et tiltak at «Regjeringen vil satse på livsstilsveiledning i helsetjenesten, herunder styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten».

I meldingen erkjennes at det er begrenset kunnskap om sammenhengen mellom sosial bakgrunn og behandling i helsetjenesten, og det bemerkes at tjenestene skal være tilgjengelige for alle uavhengig av sosial bakgrunn og bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. Konkret foreslås det at «Regjeringen vil styrke kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgang til helsetjenester og videreutvikle tilrettelagte tilbud for å sikre et likeverdig tjenestetilbud».

17.3.4 St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, legger føringer for å styrke forebyggingsinnsatsen som en viktig del av en ny fremtidig kommunerolle. Det varsles at regjeringen fremover vil legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helsesektorens samlede budsjetter kommer i form av frie inntekter til kommunene, og at regjeringen innenfor denne veksten vil styrke det forebyggende arbeidet. Samtidig varsles en nærmere gjennomgang og tydeliggjøring av kommunenes ansvar for folkehelse.

Meldingen viser til at kommunehelsetjenesteloven i utgangspunktet er en god lov for helsefremmende og forebyggende arbeid ved at den stiller krav blant annet til helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, opplysningsvirksomhet og helseovervåking mv. I følge meldingen viser det seg imidlertid, blant annet i tilsynssaker, at det i praksis er vanskelig å stille krav til fore-

bygging. Det påpekes at dette har sammenheng med at forsvarlighetskravet i stor grad er knyttet opp mot fare for liv og helse, som er vanskelig å anvende når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid.

I meldingen vises det blant annet til at kapasiteten i skolehelsetjenesten er for dårlig, og at målet er å utvikle tjenesten til et lavterskeltilbud som blant annet skal bidra til tidlig hjelp på riktig nivå. Forebyggende innsats må i henhold til meldingen spisses inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt. Dette vil kreve et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av somatisk og psykisk sykdom.

I meldingen fremheves særlig fem områder som det er nærliggende at kommunene fokuserer på. Blant disse områdene er at kommunene må organisatorisk ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå, kompetanseoppbygging innen blant annet ernæring og samfunnsmedisin i tillegg til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

17.3.5 Innst. 212 S fra helse- og omsorgskomiteen

Ved Stortingets behandling av meldingen gir helse- og omsorgskomiteen tilslutning til behovet for styrket forebyggende innsats, jf. Innst. 212 S side 27:

«Komiteen deler fullt ut regjeringens ønske om å styrke det forebyggende helsearbeidet. Dette er en viktig del av begrunnelsen for en samhandlingsreform som gir kommunene et større ansvar. Investering i forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon vil over tid gi sparte helsekostnader, men det er likevel ikke slik at effekten kan hentes ut gjennom årlige budsjetter. Dette må det tas høyde for i finansieringen av helsesektoren.»

Komiteen uttaler behov for forebyggende innsats både i og utenfor helsetjenesten, og at innsats må settes inn før sykdom og helseplager oppstår. Videre uttaler komiteen på side 18:

«Komiteen vil samtidig understreke helsetjenestens ansvar og mulighet for forebyggende og helsefremmende arbeid. Komiteen gir sin tilslutning til aktuelle statusbeskrivelser som fremkommer i stortingsmeldingen, og støtter at alle ledd i helsetjenesten skal ha ansvar for forebyggende arbeid og for behandling, habilitering/rehabilitering og mestring. Komiteen

mener at spesialisthelsetjenesten må få et tydeligere ansvar for forebyggende arbeid og for vektlegging av mestring som mål for god behandling, men understreker samtidig at hoveddelen av det forebyggende og helsefremmende arbeid best kan gjøres på de omsorgsnivåer som er nær pasientens hjem og bosted.»

Komiteen presiserer betydningen av forebyggende arbeid innenfor tannhelse på side 34:

«Komiteen registrerer at tannhelse er lite nevnt i meldingen. En god tannhelse er, slik komiteen ser det, et viktig forebyggende tiltak som kan hindre innleggelser og plager for den enkelte.»

17.3.6 St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.

I stortingsmeldingen legges det opp til strategier for å møte utfordringene i tannhelsetjenesten. Regjeringen uttaler i meldingen at den vil styrke tannhelsetjenestens deltagelse i det generelle folkehelsearbeidet gjennom videreutvikling av samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunene.

17.4 Forslag i høringsnotatet

For å tydeliggjøre kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, foreslo departementet i høringsnotatet en bestemmelse i § 3-3 om ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Denne bestemmelsen viste til at kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid etter § 3-2 blant annet skulle omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom/lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller rusmiddelproblem, samt iverksette forebyggende tiltak i henhold til anerkjent faglig standard.

I lovforslaget foreslo departementet også å videreføre kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4 første ledd. Slik plikt ble foreslått regulert i lovforslaget § 3-4.

Lovforslaget §§ 3-3 og 3-4 måtte sees i sammenheng med departementets forslag til ny folkehelselov, og høringsnotatet gjorde rede for forholdet mellom helse- og omsorgstjenesteloven og fol-

kehelselovens bestemmelse om forebygging. Forslag til regelverk om forebygging og folkehelsearbeid hadde som formål å bidra til økt vektlegging på forebygging som er et viktig mål for samhandlingsreformen.

17.5 Høringsinstansenes syn

I sin høringsuttalelse har *Statens helsetilsyn* støttet at innholdet i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid beskrives mer konkret, og at det gjøres tydelig at arbeidet skal omfatte både psykisk og somatisk helse, sosiale problemer og avhengighetsproblemer. Tilsynet bemerket at kravet var utformet noe annerledes enn de øvrige kravformuleringene i lovutkastet, og mente lovbestemmelsen burde formuleres slik at den harmonerer med bestemmelsene i ny folkehelselov, siden den innholdsmessig har nær sammenheng med denne.

Trøgstad kommune uttaler blant annet at kommunen:

«(...) støtter vurderingen av at det er viktigst å pålegge kommunene konkrete oppgaver for de grupperettede og befolkningsrettede oppgaver (§3-3) hvor pliktene ikke er direkte knyttet til individuelle rettigheter. Presisering av skolehelsetjeneste og helsestasjonstjeneste (§3-2) føyer seg til dette og støttes.»

Ulstein kommune har påpekt at høringsnotatets § 3-3 er for omfattende da:

«(...) absolutt alle innbyggjarar i ei kommune står i fare for å utvikle sjukdom eller lidning. Ein bør ikkje drive systematisk arbeid for å identifisere enkeltpersonar som har auka risiko, utan at ein har dokumentert positiv effekt av slikt arbeid for den einskilde.»

Kommunen har videre påpekt at det er en viktig oppgave for kommunen å identifisere generelle faktorer med negativ helseeffekt og iverksette generelle tiltak som kan styrke helsen. Generelle befolkningsrettede tiltak vil kunne ha større effekt enn å satse sterkt på individuell forebygging.

Fredrikstad kommune stiller spørsmålsteget ved den oppsøkende, forebyggende aktiviteten som skisseres, og uttaler:

«Dette gir ikke helsegevinst dersom det fører til sykeliggjøring. Det er forskjell på å «fange opp» og å «søke opp» personer i risikozonen.

Denne avklaringen er viktig og det riktige er kan hende å sørge for systemer som «fanger opp».

Kommunen har også påpekt at når kommunesektoren nå står på terskelen til arbeidet med samhandlingsreformen, er det grunnleggende at man har god tilgjengelighet til kunnskapsgrunnlag/data og kunnskap om påvirkningsfaktorer og effektive tiltak. At hver store og lille kommune skal ha oversikt over de positive og negative faktorer som kan virke inn på helsetilstanden i befolkningen fremheves som bra, men det presiseres at det må komme klart frem i loven hvem som skal sørge for at kommunene får tilgang til denne kunnskapen.

Rådet for psykisk helse har påpekt at forslaget i praksis rommer svært store, konkrete oppgaver for kommunen når det dreier seg om psykisk helse, siden forslaget omfatter både primær-, sekundær- og tertiærforebyggende intensjoner. I den forbindelse uttaler Rådet at:

«(...) vi støtter intensjonen i paragrafen og ser betydningen av å lovhjemle tidlig intervensjon både på gruppe- og individnivå som svært viktig, men anser denne formuleringen som for generell. Det er derfor nødvendig at departementet deler opp forebygging på ulike nivå og hjemler det på ulike steder i loven.»

Tromsø kommune har gitt sin tilslutning til lovforslagets tydeliggjøring av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunen har imidlertid påpekt at:

«(...) det kan synes urealistisk å forvente at kommunene skal kunne identifisere alle som står i fare for å utvikle nevnte problemer, og denne formuleringen kan føre til urealistisk høye forventninger til kommunens arbeid og ansvar på feltet. Det er viktig å ikke frata enkeltmenneskets ansvar for egen helse. Derfor bør formuleringen være: «systematiske tiltak som har som mål å identifisere...».

Rehabilitation International Norge uttaler:

«De fleste kommunene imøtekommer ikke behovet for rehabiliteringstjenester på en tilfredsstillende måte i dag. Dagens lovverk og forskrifter er lite tydelig på hvilke krav som stilles på dette feltet. Nytt lovverk må være mye tydeligere og underbygges av klare forskrifter

og krav til kvalitet i tjenesten og nasjonale standarder for innholdet.»

Eigersund kommune savner et tydeligere skille mellom primærforebygging og sekundær-/tertiærforebygging. Kommunen har påpekt at primærforebyggingen bare i liten grad er en oppgave for helsevesenet og mener det er fint beskrevet i forslag til ny folkehelselov. Eigersund mener det vil være nyttig å definere begrepene «helsefremmende» og «forebyggende» arbeid og mener den «proaktive» virksomheten skal styres av kunnskapsbaserte retningslinjer fra «berørte myndigheter» som Kunnskapscenteret og andre eksterne premissleverandører.

Halden kommune har støttet høringsnotatet og lovforslagets prioritering av dette arbeidet, som også må ses i sammenheng med ny folkehelselov. Kommunen støtter også poengteringen av kommunen som den sentrale arenaen for både folkehelse-, forebyggende og helsefremmende arbeid. Kommunen uttaler videre at:

«Befolkningsrettede forebyggende tiltak har stor grad av overlapping med kommunens plikter og oppgaver etter forslaget til ny Folkehelselov. En rekke av kommunes helsetjenester etter helse- og omsorgsloven vil være naturlige samarbeidsparter og arenaer for ulike folkehelseiltak. Kommunen støtter forslagene om mer forebyggende tjenester og oppsøkende virksomhet fra fastlegene, og ser det helt nødvendig at økningen av legeårsverk i kommunene skal komme disse oppgavene til gode.»

Kommunen mener høringsnotatet og lovforslaget inneholder en rekke gode forslag, men er ikke enig i at det kun er en presisering og tydeliggjøring av kommunens ansvar.

Videre er det en del høringsinstanser som i sine merknader til både forslag til helse- og omsorgstjenestelov og forslag til folkehelselov er opptatt av koblingen mellom folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenestene:

Tønsberg kommune uttaler at:

«Det grupperettede forebyggende og helsefremmende arbeide bør hjemles i folkehelseloven, mens det individuelt forebyggende og helsefremmende arbeide, også det systematiske bør hjemles i helse- og omsorgsloven. Kliniske tjenester som helsestasjon, skolehelsetjeneste, fastleger bør igjennom HO-loven tilpliktes å delta i det systematiske individuelt helsefremmende og forebyggende arbeide, og tilpliktes å

kunne avgi helsestatistikk. Dette vil være ryddigst og tydeligst overfor de kliniske tjenester, inkl fastlegene.»

Gjøvikregionen helse- og miljøtilsyn har påpekt viktigheten av at lovverket legger gode rammevilkår for å kunne ha en god og samlet oversikt over helsetilstanden i befolkningen og det som påvirker befolkningens helse, og uttaler videre at:

«Det er også viktig at det legges til rette for et godt samspill innad i helsetjenesten og med andre virksomhetsområder, som på ulike måter har betydning for befolkningens helse på kort og lang sikt. Dette synes samlet sett godt ivaretatt i de foreliggende to lovutkast, men det er igjen viktig at samlet oversikt og forebyggende deler av dagens kommunehelsetjenestelov, som nå foreslås flyttet til ny lov om folkehelse, fortsatt blir sett i sammenheng med de forebyggende oppgaver som er hjemlet i den nye helse- og omsorgsloven.»

Fylkesmannen i Vestfold uttaler blant annet:

«Vi mener at det er viktig og naturlig å la det gå et prinsipielt skille mellom disse to lovene. Det vil si at folkehelseloven forvalter det strukturelle og planmessige som i sin alminnelighet er bra for befolkningen, mens helse- og omsorgsloven forvalter individ- og grupperettede tjenester. Med et slikt prinsipielt skille, vil det bli tydeligere hva som er folkehelsearbeid og hva som er forebyggende helsetjenester.»

Vi mener at grenseoppgangen er godt ivaretatt, og at §§ 5 og 6 i folkehelseloven utpeker seg som en felles arena og temaer for samarbeid, (jfr §§ 3-3 og 3-4 i helse- og omsorgsloven) og hvor folkehelsearbeidet får en naturlig overgang til helsetjenestens forbyggende arbeid.»

17.6 Departementets vurderinger og forslag

Kommunen er den sentrale arenaen for folkehelsearbeid, forebyggende og helsefremmende arbeid. Mye forebyggende arbeid kjennetegnes av at det er langsiktig, det vil si at virkningene av forebyggende innsats ikke skjer umiddelbart. Videre betinger forebygging innsats i mange sektorer, blant annet skole, kultur, frivillige sektor og teknisk sektor, i tillegg til helse- og omsorgssektoren. Ofte er det også sammensatte årsaks- og vir-

kningsforhold, noe som gjør det vanskelig å måle resultater direkte på helsen fra enkeltaktiviteter.

På individnivå kan det være vanskelig å forutse hvem som nyter godt av det overordnede folkehelsearbeidet og ikke, da effekten ofte først er synlig på gruppe- og populasjonsnivå. Effekten av forebyggende tiltak på individnivå som tidlig intervensjon, vil i større grad være målbar.

Et utgangspunkt for helse- og omsorgstjenesteloven er at kommunens ansvar og oppgaver etter loven skal knyttes opp mot sørge-for-ansvar og krav til forsvarlighet. Forsvarlighetskravet som rettslig standard vil være tydelig for eksempel med hensyn til diagnostikk, behandling og rehabilitering. Selv om kunnskap om hvilke tiltak som er faglig forsvarlig på individnivå også i forhold til forebyggende tiltak er økende, er det likevel vanskeligere å stille krav til resultat ved forebyggende helse- og omsorgstjenester med utgangspunkt i forsvarlighet.

Videre er det slik at forebyggende tjenester ofte i mindre grad blir etterspurt enn andre typer helse- og omsorgstjenester i kommunen. Et unntak er svangerskapskontroller og helsestasjonstjenester. En regulering av helse- og omsorgstjenestene som baserer seg på at den enkelte pasient eller bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, kan i for liten grad fange opp de forebyggende helsetjenestene. Videre kan effekten av forebyggende helsetjenester ha et lengre tidsperspektiv, noe som gir utfordringer i forhold til offentlige budsjettssystemers innretning. Tiltak med god samfunnsmessig effekt vil i et kortsiktig perspektiv fremstå som kostnader, og det vil først være i et langsiktig tidsperspektiv at den positive kost-nytte-effekten kommer til syne.

Under henvisning til ovennevnte, samt vurderinger i St.meld. nr. 47 (2008-2009), mener departementet fortsatt at det er behov for at helse- og omsorgstjenesteloven har en bestemmelse som tydeliggjør ansvaret for det helsefremmende og forebyggende arbeidet, ikke bare innenfor de konkrete forebyggende tjenestene, men i alle deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Departementet mener imidlertid at det i lys av høringen er riktig å presisere innholdet i en slik forebyggingsbestemmelse nærmere.

Lovforslaget som var på høring stilte i § 3-3 krav om «(...) systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem». Departementet er enig med de høringsinstansene som har påpekt at forslaget til bestemmelse hadde for mye fokus på oppsøkende virksomhet i det fore-

byggende arbeidet. Det er en forskjell på om tjenestene aktivt skal *søke opp* pasienter og brukere, eller om målet skal være å *fange opp* pasienter og brukere som står i fare for å utvikle sykdom (psykisk eller somatisk), lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller rusmiddelproblemer. I lovforslaget er § 3-3 justert i samsvar med dette.

Videre har departementet i lovforslaget slått sammen høringsnotatets § 3-3 (helsefremmende og forebyggende arbeid, jf. proposisjonens punkt 17.6.1) og § 3-4 (oversikt om helsetilstanden, jf. proposisjonens punkt 17.6.2), da disse innholdsmessig hører sammen.

Lovforslaget § 3-3 omhandler således både helse- og omsorgstjenestens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid (første ledd), og helse- og omsorgstjenestens plikt til å bidra til kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen (andre ledd). Det foreslås etter dette at bestemmelsen gis følgende ordlyd:

«Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitets tiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det. »

Når det gjelder bestemmelsens tredje ledd vises det til punkt 15.5.2 hvor denne er nærmere omtalt.

Helse- og omsorgstjenestene kan grovt sett sies å ha tre roller i det forebyggende arbeidet:

- Forebygging som en integrert del av helse- og omsorgstjenestene, slik som forebygging i legetjenesten, i omsorgstjenesten mv.
- Ansvar for egne arenaer for forebyggende helse- og omsorgstjenester og aktiviteter, slik som helsekontroller, helseopplysning, livsstil-veiledning mv.
- Ansvar for å bidra til det tverrsektorielle folkehelsearbeidet slik som oversikter og kunnskap om helseutfordringer, årsakssammenhenger og tiltak.

For å synliggjøre innholdet i lovforslaget § 3-3 første ledd, er de ulike rollene og innholdet i disse omtalt i punkt 17.6.1 nedenfor. I punkt 17.6.2 er

det redegjort nærmere for helse- og omsorgstjenestens bidrag i kommunens folkehelsearbeid, herunder oversikt over helsetilstanden i kommunen, jf. lovforslaget § 3-3 andre ledd.

17.6.1 Forebygging som en integrert del av helse- og omsorgstjenestene

17.6.1.1 Generelt

Av lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1 fremgår at kommunen skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. Lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 2 til nr. 6 omfatter en rekke tjenester som kommunene også skal tilby. Selv om disse tjenestene ikke er rene forebyggende tjenester, har kommunen ansvar for å ivareta forebygging også «innenfor» disse tjenestene.

Helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell har en særlig god posisjon for å identifisere personer med etablerte risikofaktorer, herunder levevaner som gir økt risiko for utvikling av sykdom. Forskning viser at helsepersonell er den gruppen av fagfolk som befolkningen har størst tiltro til når det gjelder å få råd om levevaner. Det er i tillegg dokumentert at veiledning av helsepersonell om levevaner har god effekt på endring av adferd og reduksjon i risiko for sykdom. Hyppig veiledning supplert med oppfølgingstiltak gir ytterligere økt effekt, som for eksempel tilbud om oppfølging i forhold til kosthold og fysisk aktivitet.

Det er en generell oppgave innenfor etablerte helse- og omsorgstjenester å sørge for forebygging, for eksempel i form av tidlig intervensjon. Innenfor helse- og omsorgstjenestene må kommunen iverksette tiltak på riktig tidspunkt i et utviklingsforløp av en sykdom eller lidelse i forhold til hva som er mest effektivt i forhold til helseutfall og for å spare lidelser. God praksis er at kommunen driver sine helse- og omsorgstjenester på en slik måte at det sikrer flest mulig leveår med god helse for den enkelte.

Forsvarlige tjenester krever derfor ikke bare forsvarlig behandling innenfor en gitt fase i et utviklingsforløp i utvikling av sykdom, for eksempel forsvarlig dialysebehandling eller forsvarlig akuttbehandling. Dersom det ikke blir iverksatt nødvendig tiltak for å forebygge eller begrense sykdomsutviklingen, og dette er det mest effektive i forhold til å forebygge eller begrense en sykdomsutvikling, kan dette være uforsvarlig. Dette kan eksemplifiseres med utviklingsforløp i forhold til diabetes. Det er faglige standarder som definerer på hvilke nivå av utvikling av diabetes tiltak bør

iverksettes. Dersom tiltak iverksettes for sent, vil dette kunne medføre tap av leveår med god helse.

Kommunens plikt til å ivareta forebygging er integrert i kommunens ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige tjenester, jf. lovforslaget § 3-1 og § 4-1. I det videre redegjøres det for eksempler på viktige forebyggingsarenaer innenfor helse- og omsorgstjenestene. Omtalen er ikke uttømmende og plikt til å ivareta forebygging kan gjelde innenfor alle helse- og omsorgstjenester kommunen skal sørge for.

17.6.1.2 Særlig om forbygging i allmennlegetjenesten

Når det gjelder nærmere redegjørelse for fastlegens rolle og listeansvar generelt, vises det til kapittel 19.

Nesten alle innbyggere i landet har valgt å stå på listen til en fastlege. En rapport fra NAV fra 2007 viste at innbyggerne i gjennomsnitt hadde 2,5 konsultasjoner hos fastlegen i 2006. Dette gjør at fastlegene har en helt sentral rolle i det individuerte forebyggende arbeidet. Fastlegene vil kunne fange opp personer som har behov for veiledning eller oppfølging, og følge disse opp i samarbeid med den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

På denne bakgrunn ønsker departementet at helse- og omsorgstjenesteloven skal tydeliggjøre fastlegenes forpliktelse til å ivareta forebyggende tjenester overfor innbyggerne på egen liste. For å oppnå dette, slik det fremgår av kapittel 19, vil departementet vurdere endringer i fastlegeforskriften. De endringer som vurderes er blant annet å presisere fastlegenes listeansvar og eventuell innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav.

Fastlegenes rolle i individuell forebygging må avveies mot tiltak som kan føre til sykeliggjøring av friske individer ved å endre personens status fra frisk til «risikant». Legeforeningen advarer mot denne utviklingen. Det vil være uheldig dersom leger kun skriver ut legemidler til friske individer med økt risiko for sykdom (for eksempel kolesterolsenkende eller blodtrykksenkende legemidler), men i liten grad følger opp med ikke-medikamentell intervensjon til de samme pasientgruppene. Dette må sees i sammenheng med tiltak for å øke det tilbud som gir slike pasienter bedre muligheter til å ta vare på egen helse, jf. omtalen av frisklivstilbud.

Som nevnt er det i dag innført takster som skal stimulere fastlegene til å prioritere livsstilsveiledning og livsstilstiltak i forbindelse med behand-

ling av visse sykdommer (Grønn resept og takst for røykeavvenning). Takstene forutsetter at det foreligger en diagnose og kan bare utløses dersom det ikke gis medikamentell behandling. Evaluering viser at innretningen på takstene bør vurderes.

17.6.1.3 *Særlig om forebygging i omsorgstjenesten*

Den demografiske utviklingen gjør at det i Norge i løpet av noen tiår vil være en vesentlig større andel eldre i befolkningen.

Helse- og omsorgstjenesten kan iverksette oppsøkende forebyggende tiltak overfor eldre for å tilby tjenester som bidrar til å opprettholde eller bedre funksjonsnivået lengst mulig ut i alderdommen. Dette kan blant annet skje i samarbeid med frivillige organisasjoner. For øvrig er det viktig at helse- og omsorgstjenesten stimulerer til gode systemer som ivaretar helsefremmende og forebyggende tiltak som matombringing, eldresentre, seniorsentre, og andre aktivitetstilbud og kulturtilbud.

En stor andel eldre vil ha god fysisk funksjonsevne. Helse- og omsorgstjenesten må ha tilbud om helsefremmende og forebyggende tiltak med sikte på å opprettholde og bedre funksjonsevnen slik at eldre opprettholder en god helse og førlighet og kan bo og fungere hjemme lengst mulig. Aktiv bruk av kroppen styrker muskler og skjelett, og dette er nødvendig for å opprettholde fysiske ferdigheter, god funksjonsevne og selvhjelpenhet.

En norsk analyse av hjemmebasert treningsprogram for å forebygge fall, viser at dette tiltaket er kostnadseffektivt. Beregningene viser at et oppfølgingsprogram reduserer risikoen for fall med over 50 % på et år.

Mange eldre blir rammet av feilernæring eller underernæring og trenger veiledning om kosthold. Helse- og omsorgstjenesten bør ha et system for å avdekke risiko for underernæring og sette i verk tiltak, jf. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Kompetanseheving innen ernæring for helsepersonell som er i kontakt med eldre er viktig.

Helse- og omsorgstjenesten har med bakgrunn i sin kontakt med brukere og pasienter, samt oversikt over helseutfordringer, en viktig pådriverrolle overfor andre kommunale tjenester for å sikre at helsefremmede og forebyggende tiltak rettet mot eldre ivaretas.

17.6.1.4 *Særlig om forebygging i tannhelsetjenesten*

I lov om tannhelsetjenesten er helsefremmende og forebyggende arbeid prioritert. Den fylkeskommunale offentlige tannhelsetjenesten gjør en viktig innsats på dette området, blant annet gjennom oppsøkende virksomhet i barnehager og skoler. Rådene som de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gir for å bedre helsen er ofte sammenfallende. God munnhygiene, balansert kosthold, redusert sukkerinntak, bruk av fluorider for å forebygge hull i tennene og røykfrihet er tannhelsetjenestens viktigste anbefalinger. Tannhelsetjenesten er også viktig i å avdekke omsorgsvikt og mishandling av barn, samt spiseforstyrrelser og andre symptomer på psykiske problemer.

Tannhelsetjenesten er en av fylkeskommunens egne virksomheter og er et virkemiddel for å løse viktige oppgaver innen folkehelse. Samtidig vil det være slik at det som er bra for tannhelsen, også er bra for den øvrige helsen, og omvendt. Som det fremgår av tannhelsetjenesteloven § 1-2 skal fylkeskommunen bidra til god folkehelse ved å arbeide for at befolkningen har kunnskaper, ferdigheter og holdninger som setter dem i stand til å opprettholde en god tannhelse hele livet. Å legge til rette for god tannhelse i befolkningen, forutsetter samhandling mellom fylkeskommune og andre samfunnssektorer, spesielt virksomheter i kommunene. Aktuelle samarbeidspartnere i kommunen er skole, barnehage, helsestasjon, asylmottak, sykehjem mv. Beslutninger som innvirker på tannhelsen tas ofte utenfor helsesektorens eller tannhelsetjenestens primære ansvarsområde. Det er derfor avgjørende med felles innsats i folkehelsearbeidet.

Som nevnt i punkt 17.1 er også tannhelsetjenesteloven under revisjon og departementet tar sikte på å sende på høring forslag til ny tannhelsetjenestelov i løpet av 2011.

17.6.1.5 *Helsestasjons- og skolehelsetjeneste*

Av lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1 fremgår det at kommunen skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. Dette gjelder blant annet skolehelsetjeneste og helsestasjonstjeneste. I tillegg kan kommunen tilby tjenester eller tilbud som ikke følger direkte av loven, for eksempel frisklivstilbud, helsestasjon for eldre m.v.

Som nevnt i punkt 15.5.2.3 er helsestasjons- og skolehelsetjeneste en del av kommunens oppgaver i dag, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 før-

ste ledd nr. 1 bokstav b og bokstav c. I forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er det gitt nærmere bestemmelser om tjenesten og tjenestens innhold. Av forskriften fremgår at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være et tilbud til barn og unge 0-20 år og til gravide om svangerskapskontroll ved helsestasjonen, jf. forskriftens § 2-1.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et helhetlig ansvar for de forebyggende og helsefremmende tjenestene til barn og unge (0-20 år) i kommunen, gravide og foreldre. Selv om det er enkeltindivider som undersøkes og følges opp i tjenesten er den faglige begrunnelsen for undersøkelsene basert på gruppe- og befolkningmessige vurderinger av potensialet for forebygging. Individbaserte medisinske vurderinger av indikasjon på mulig sykdom er bare en liten del av tjenesten. På mange måter kan en si at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et «friskfokus» og ser like mye etter ressurser og sterke sider hos brukerne, som etter risikofaktorer og problemer og sykdom. Støtte, bekreftelse og oppmuntning er like viktig som å korrigere og avdekke skjevutvikling og sykdom. I denne tjenesten betyr ikke forebygging bare å oppdage sykdomstegn på et tidlig stadium som en «sykdomsjakt». Det er like viktig å bidra til at sykdom og problemer ikke oppstår.

Det er viktig at denne tjenesten er tverrfaglig sammensatt, og innehar tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ivareta arbeidet med å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot barn og ungdom med spesielle behov og sårbare og utsatte grupper.

For ytterligere redegjørelse for helsestasjons- og skolehelsetjeneste vises det til punkt 15.5.2.3.

17.6.1.6 Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

Svangerskapsomsorg og svangerskapskontroller er et tilbud til kvinner og vordende foreldre og er et omfattende helsefremmende og forebyggende program med stor oppslutning. De fleste svangerskap er normale, men diagnostikk og behandling kan også utgjøre viktige elementer i dette arbeidet. Forebyggende arbeid til barselkvinner og foreldre med nyfødte barn er en sentral del av helsestasjonsvirksomheten.

Svangerskapsomsorg og svangerskapskontroller omfatter både fysisk og psykososial forebyg-

ging. Den inneholder både helsefaglige undersøkelser og rådgivning og veiledning av forskjellige slag, blant annet om levesett i svangerskapet. En fullverdig svangerskapsomsorg omfatter både forhold i selve svangerskapet, forberedelse til fødselen og forberedelse til tiden etter fødsel og det å bli foreldre. De fleste oppgavene i svangerskapsomsorgen er individrettete, men for eksempel foreldreveiledning og fødselsforberedelse foregår ofte i grupper. For nærmere beskrivelse av svangerskapsomsorgen vises det til forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

I punkt 15.5.3.3 er det redegjort nærmere for svangerskaps- og barselomsorgstjenester.

17.6.1.7 Lærings- og mestringsaktiviteter – frisklivstilbud

Det er overbevisende dokumentasjon for at uheldige levevaner som røyking, fysisk inaktivitet, høyt alkoholbruk og usunt kosthold fører til kronisk sykdom og for tidlig død. Verdens helseorganisasjon anslår at 80 % av forekomsten av hjerteinfarkt og type 2-diabetes kan forebygges eller utsettes med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner, og World Cancer Research Fund konkluderer med at 50 % av forekomsten av kreft kan forebygges ved slike endringer i levevaner.

Nødvendig rådgivning og veiledning for å oppnå varige endringer av levevaner er omfattende og tidkrevende, og fastlegen kan ikke ivareta dette alene. Kommunene kan som en del av sitt forebyggende arbeid tilby tverrfaglig kompetanse som kan følge opp risikogrupper, pasienter og pårørende. Dette kan skje for eksempel gjennom oppbygging av lokale tilbud med hjelp til endring og mestring av levevaner, samt oppfølging over tid.

For å sikre tilbud med strukturert og kvalitets-sikret oppfølging over tid, er det nødvendig med en organisatorisk forankring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det ble som del av «grønn resept»-ordningen innført 1. oktober 2003, iverksatt utvikling og etablering av lokalbaserte tilbud – såkalte frisklivs-sentraler – som henvisningssted for pasienter som har fått forskrevet grønn resept.

Basert på evalueringer og erfaringer er Helse-direktoratet i gang med å utarbeide en veileder for kommunale frisklivs-sentraler. Frisklivstilbud må ses i sammenheng med etablering av lokalmedisinske sentre og kommunale/interkommunale lærings- og mestringsstilbud. Dette er viktig av

hensyn til både kompetansebehov og samhandlingen mellom tjenestenivåene i helsetjenesten. Lærings- og mestringssentra er i dag organisert som et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Disse sentrene innehar en viktig tverrfaglig kompetanse. Slike tilbud kan med fordel også etableres på et lavere tjenestenivå for å målrette tilbudene til de grupper som trenger livsstilsveiledning og strukturert oppfølging over tid. Kompetanse til å ivareta dette tilbudet må imidlertid bygges opp lokalt. Tilgang på kompetanse er en utfordring blant annet med hensyn til psykisk helse, ernæring, røykeslutt og endring i levevaner. I St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* er kommunale lærings- og mestringstilbud omtalt som at:

«Oppgavene kan omfatte kurstilbud og selvs-hjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringkurs, innføringskurs for likemenn, veileder, livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk. Disse aktivitetene må henge sammen med øvrige tilbud i lokalmiljøet. Ved å utvikle lærings- og mestringstilbud i kommunene kan disse ivareta en viktig koordineringsfunksjon og også inngå samarbeid med frivillige organisasjoner».

17.6.1.8 Forebyggende psykisk helsearbeid og forebygging av rusmiddelavhengighet

Forebygging av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og -avhengighet er en viktig oppgave for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forebygging hos voksne av for eksempel depresjon og rusmiddelproblemer, kan iverksettes gjennom støttegrupper overfor personer som har vært utsatt for belastende livshendelser, for eksempel dødsfall i nærmeste familie, skilsmisse eller alvorlig somatisk sykdom. Helsestasjonstjenesten kan for eksempel benyttes som en ressurs i forhold til å gi gruppetilbud til foreldre med spesielle behov. Eksempler på slike gruppetilbud til foreldre kan være relatert til: relasjon og samspill, søvnforstyrrelser, og foreldre som har mistet barn ved sykdom eller ulykker.

Psykisk helsearbeid og arbeid med rusmiddelproblemer i kommunene forutsettes å legges til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpassning i lokalsamfunnet. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser og rusmiddelrelaterte problemer, er i første rekke en utfordring for arbeidsliv, barnehage, skole, fritidsarenaer, idrettsmiljø mv. Tjenesteapparatet skal på

sin side delta i og understøtte det forebyggende arbeidet, ved siden av tjenestens diagnostiske og behandlende funksjoner. Psykisk helsearbeid og arbeid med rusmiddelproblemer i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten.

17.6.1.9 Opplysning, råd og veiledning

Som nevnt i punkt 15.5.2.3 foreslo departementet i høringsnotatet å lovfeste kommunens plikt til «opplysning, råd og veiledning» som en del av kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid etter lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1. Det ble imidlertid vist til at opplysning, råd og veiledning ville inngå som en integrert del av de fleste helse- og omsorgstjenester som kommunen yter til den enkelte pasient eller bruker, ikke bare i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid.

Enkelte høringsinstanser har imidlertid bemerket at departementets forslag til § 3-2 første ledd nr. 1 bokstav a («opplysning, råd og veiledning») kunne oppfattes som en innskrenkning av sosialtjenesteloven § 4-1. Blant annet har Helsedirektoratet i sin høringsuttalelse uttalt at i departementets forslag er opplysning, råd og veiledning kun knyttet til det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Direktoratet viste i den forbindelse til at det av dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 4-1 fremgår at sosialtjenesten skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer, og at kommunens plikt til å «løse» sosiale problemer syntes utelatt i departementets forslag til lovregulering.

I tråd med hva enkelte høringsinstanser har påpekt ser imidlertid departementet at det kan oppfattes misvisende eller innskrenkende dersom plikten til «opplysning, råd og veiledning» kun lovfestes i tilknytning til helsefremmende og forebyggende arbeid etter lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1. Departementet har derfor valgt å ikke opprettholde forslaget om lovfesting av «opplysning, råd og veiledning» i tilknytning til denne bestemmelsen. For å synliggjøre plikten til opplysning, råd og veiledning i helsefremmende og forebyggende tiltak i andre deler av helse- og omsorgstjenesten, foreslås imidlertid at dette lovfestets i forslaget § 3-3, jf. bestemmelsens første ledd.

Etter forslaget vil kommunene ha ansvar for å gi opplysninger, råd og veiledning som kan bidra

til å fremme helse og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Personer og familier som av ulike årsaker har redusert funksjons- og mestringsevne, kan ha et relativt vedvarende behov for slik bistand for å klare dagliglivets utfordringer. Kommunen skal forebygge både somatisk og psykisk lidelse. For å sikre en bærekraftig utvikling tydeliggjør samhandlingsmeldingen at dette bør være en prioritert oppgave i tiden fremover. I dette ligger også oppsøkende virksomhet overfor utsatte grupper, samt opplysningsvirksomhet, rådgivnings- og veiledningstjenester. Det er av sentral betydning at dette ikke bare har en medisinsk tilnærming, men at kommunen også sikrer en helhetlig og sosialfaglig tilnærming til dette arbeidet.

Kommunens ansvar for å gi opplysning, råd og veiledning må sees i sammenheng med den rett den enkelte pasient eller bruker har til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 3-1.

Som nevnt i punkt 15.5.2.3 skal relevante helsefremmende og forebyggende tiltak iverksettes i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer blant annet at fastleger, hjemmetjenesten, svangerskaps- og barselomsorgen har et ansvar for å arbeide forebyggende i henhold til lovforslaget § 3-2. Samtidig er det ofte nødvendig med tverrfaglig innsats i samarbeid med barnehage og skole, barnevern, arbeidslivets aktører og med frivillige organisasjoner.

17.6.2 Helse- og omsorgstjenestens bidrag i kommunens folkehelsearbeid – oversikt over helsetilstanden i kommunen

Departementet foreslår i Prop. 90 L (2010 2011) Om lov om folkehelsearbeid blant annet at kommuner skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt. Helse- og omsorgstjenesten vil fortsatt være den mest sentrale sektoren i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og tjenestens kompetanse er nødvendig i folkehelsearbeidet. Dette omfatter helsefaglig kompetanse slik som epidemiologi og kunnskap om årsakssammenhenger mellom påvirkningsfaktorer og helseutfall, men også erfaringsbasert kunnskap i møte med pasienter og brukere av tjenesten.

Kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5 er utgangspunktet for folkehelsearbeidet. Helse- og omsorgstjenesten besitter viktig kunnskap som skal inngå i kommunens oversikter etter folkehelseloven § 5 som grunnlag for vurdering av helse-

utfordringer i kommunen i henhold til folkehelseloven § 6.

I høringsnotatet var plikt til å ha oversikt over helsetilstanden spesifisert i en egen bestemmelse. Siden helse- og omsorgstjenestenes bidrag inn i oversiktene over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er en del av deres forebyggende virksomhet, mener departementet det er naturlig at denne oppgaven inkluderes i lovforslaget § 3-3 om kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, jf. bestemmelsens andre ledd. Det blir da tydeliggjort at helse- og omsorgstjenestene skal bidra inn til oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, helsefaglig vurderinger ved utformingen av folkehelsemål og -tiltak, evaluering, og å følge med på at tiltak som forslås iverksatt i andre sektorer ikke medfører uheldige helsemessige konsekvenser.

På bakgrunn av møte med pasienter og brukere får helse- og omsorgstjenesten et godt innblikk i forbedringsbehov når det gjelder forebyggende og helsefremmende tiltak i folkehelsearbeidet. Et eksempel på dette kan være om hjemmesykepleietjenesten eller eldreomsorgstjenesten erfarer at eldre i kommunen utsettes for ulykker eller skader som er forebyggbare. Et annet eksempel kan være at helse- og omsorgstjenester som møter barn og unge erfarer at sosial isolasjon eller økt mobbing på kommunens skoler fører til psykiske lidelser hos denne gruppen. Den utviklingen tjenestene avdekker i sitt arbeid bør være med å danne premisser for folkehelsearbeidet i kommunen slik at forebyggbare problemer ikke oppstår eller reduseres.

Videre vil det være naturlig at noe av gjennomføringen av de tverrsektorielle folkehelse tiltakene administreres av helsetjenesten. En del tiltak for å møte kommunens helseutfordringer med utgangspunkt i folkehelseloven kan også dreie seg om ulike former for tilbud, jf. friskliv, røykesluttkurs mv. som også organisatorisk omfattes av egne forebyggingstjenester, se over.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som kommunen skal utarbeide i henhold til § 5 i forslag til ny folkehelselov, vil være et viktig grunnlag for planlegging og utforming av kommunens tilbud innen helse- og omsorgstjenesten. I Ot.prp. nr. 40 (1986-1987) heter det om gjeldende § 1-4 i kommunehelsetjenesteloven at:

«Det epidemiologiske datagrunnlaget vil gi viktige forutsetninger for tiltak innen deltjenestene i helsetjenesten. Den totale helse- og sosialplan for kommunen vil bl.a. være avhengig av disse analyser for å kunne foreta en riktig for-

deling av ressurser mellom de forskjellige del-tjenestene i helsetjenesten».

En oversikt over helsetilstanden i kommunens befolkning og faktorer som påvirker denne vil bidra til å synliggjøre dagens behov for tjenester og til å foreta fremskrivninger av behov for helse- og omsorgstilbud. Eksempler på informasjon fra kommunens oversikt som danner grunnlag for utvikling i tjenesteutforming kan være demogra-

fisk utvikling for eksempel utvikling i eldre- og barnepopulasjonen, andel minoriteter med spesielle behov, mennesker med funksjonsnedsettelser, forekomst og sosial fordeling av sykdom, miljø- og levekårsutfordringer, utviklingstrekk med hensyn til levevaner og boforhold. Oversikten blir dermed et viktig verktøy for at kommunen skal kunne ivareta sitt sørge-for-ansvar i henhold til § 3-1.

18 Kommunelegens rolle

18.1 Gjeldende rett

Kommunehelsetjenesteloven § 3-5 pålegger kommuner å ansette en eller flere kommuneleger. Kommunelegens hovedfunksjon er å være medisinskfaglig rådgiver for helsetjenesten, øvrig administrasjon og politiske organer i kommunen, jf. bestemmelsens andre ledd.

Da kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984 ble de tidligere distriktslegene, som var statlige stillinger, overført til kommunale stillinger. Samtidig ble det lagt vekt på at kommunene hadde behov for en lege med særlig ansvar for faglig tilsyn med helsetjenesten og veiledning til kommunens ledelse og helsepersonell. I Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) sies det blant annet at de offentlige legers oppgaver skulle videreføres i fremtidens distriktshelsetjeneste ved at kommunene fortsatt skulle ansette leger som blant annet hadde ansvar for forebyggende helsearbeid. Videre skulle distriktslegens rolle som kommunens rådgiver og konsulent i helsespørsmål videreføres. Frem til 1994 hadde kommunelegen medisinskfaglig ansvar for helsetjenesten, men begrepet ansvar skapte en del uklarheter blant annet i forhold til juridisk ansvar for helsetjenesten.

Kommunelegens rolle ble gjennom Ot.prp. nr. 60 (1993-1994) endret til «medisinsk-faglig rådgiver», og oppgavene ble nærmere presisert i proposisjonen, jf. proposisjonens side 20 – 23. Når det gjelder innholdet i begrepet «medisinsk-faglig rådgiver» er det i proposisjonens punkt 6.3 blant annet understreket at det primært er kommunen som er ansvarlig for å sørge for en faglig forsvarlig helsetjeneste. Kommunestyret har ansvaret for kommunens budsjett slik at kommunelegen ikke kan påføre kommunen økonomiske forpliktelser uten at dette følger av budsjettet, eller annet vedtak av kompetent organ i kommunen. Videre understrekes det at det er kommunestyret som fastsetter organisasjonsform og ledelse av helsetjenesten i samsvar med lov og helseplan. Kommunen står med andre ord forholdsvis fritt med hensyn til hvordan den vil bruke kommunelegen.

I proposisjonens punkt 6.4 er det redegjort for medisinskfaglig rådgivers oppgaver i forhold til kommunens administrasjon og de styrende organer, og i forholdet til helsepersonellet i kommunen. Den medisinskfaglige rådgivers oppgaver består i det vesentlige av å veilede og informere, og til en viss grad samordne helsetjenesten. Rådgiveren kan føre tilsyn og til en viss grad også instruere.

Når det gjelder forholdet til kommunens administrasjon og de styrende organer er det i proposisjonens punkt 6.4.1 blant annet uttalt:

«Som nevnt skal kommunen sørge for en kommunal helsetjeneste. For at kommunen skal kunne løse oppgavene sine på en forsvarlig måte, må den bl.a. bygge på medisinsk-faglige vurderinger. De medisinsk-faglige oppgavene for legen i denne relasjonen, må være å gi de styrende organer i kommunen premisser for å treffe avgjørelser på forsvarlig medisinsk grunnlag. Den medisinsk-faglige rådgiverens tilrådninger vil være en viktig premisse for alle avgjørelser som gjelder planlegging, organisering og drift av den kommunale helsetjenesten. Videre vil den medisinsk faglige rådgiver også kunne gi viktige innspill av medisinsk-faglig art i saker i kommunen der befolkningens helsetilstand kan bli berørt.»

Videre uttales at dersom kommunen ikke oppfyller pliktene sine etter kommunehelsetjenesteloven, skal legen varsle de styrende organer i kommunen.

Om forholdet til helsepersonellet i kommunen er det i proposisjonens punkt 6.4.2 uttalt at på bakgrunn av legens faglige kunnskaper og lovfestede plass i helsetjenesten, så vil medisinsk-faglig rådgivers oppgaver i forhold til disse være knyttet til:

- råd og veiledning
- tilsyn/kontroll
- en viss grad av instruksjon

Når det gjelder oppgaver knyttet til råd og veiledning, er det blant annet uttalt:

«Kommunen har plikt til å yte befolkningen nødvendig helsehjelp av forsvarlig standard, (...). For at personellet skal kunne bidra til å oppfylle kommunens plikt, må de være faglig kvalifisert og de må kjenne til pliktene. De må dessuten være orientert om både kommunens og statens helsepolitiske mål. Medisinsk-faglig rådgiver vil være et naturlig bindeledd mellom kommunens politiske og administrative organ og helsepersonellet i kommunen. Det vil være en naturlig oppgave for medisinsk-faglig rådgiver å sørge for at de helsepolitiske avgjørelser som blir tatt, blir formidlet videre til kommunens helsepersonell. Dessuten vil legen innen sitt fagfelt kunne gi personellet råd og veiledning, både i enkeltsaker og som ledd i generell opplæring og kompetanseheving.»

I forhold til tilsyn er det vist til at kommunens plikter i så henseende, blant annet plikt til å føre internkontroll med helsetjenesten etter tilsynsloven § 3, vil være avgjørende for legens medansvar. Det påpekes at tilsyn vil kreve medisinske kunnskaper og at det vil være naturlig å legge tilsynsplikten til medisinsk-faglig rådgiver.

Det understrekes at tilsynsretten/-plikten i seg selv ikke vil medføre noen instruksjonsrett. Kommunen som arbeidsgiver vil i utgangspunktet ha allmenn instruksjonsrett overfor ansatt helsepersonell. Instruksjonsretten kommunen har i medisinskfaglige spørsmål, skal utøves av medisinskfaglig rådgiver. Instruksjonsretten må imidlertid sees i sammenheng med helsepersonelloven § 4 som pålegger det enkelte helsepersonell en selvstendig plikt til forsvarlig yrkesutøvelse. Helsepersonell kan ikke instrueres av arbeidsgiver eller andre til å utføre handlinger som de anser for å være i strid med kravet til forsvarlighet, eller med andre lovpålagte plikter.

Av bestemmelsens første ledd fremgår at kommunelegen skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelegen plikter på anmodning også å delta i lokal redningsentral.

Det er et krav at kommunelegens tilrådning og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern (kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a), smittevern og helsemessig beredskap, jf. bestemmelsens tredje ledd.

Kommunelegen er også tillagt en rekke oppgaver i flere lover eller forskrifter hjemlet i slike lover, blant annet smittevernloven, helseregisterloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven og sosialtjenesteloven.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 3-5 skal kommunelegen også videresende mottatte dødsmeldinger fra leger i kommunen til Dødsårsaksregisteret, jf. helsepersonelloven § 36 andre ledd.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 3-5 at kommunelegen (-e) må være ansatt i kommunen. Det innebærer for eksempel at to små nabokommuner med lavt innbyggertall ikke kan samarbeide om å ha en kommunelege «på deling» der vedkommende har sitt ansettelsesforhold i den ene kommunen. Kommunelegen må i stedet være ansatt 50/50 i hver av kommunene.

Når det gjelder kommunelegens oppgaver knyttet til folkehelsearbeid, miljørettet helsevern og smittevern vises det til Prop. 90 L. (2010-2011) om ny folkehelselov kapittel 18 hvor det er redegjort nærmere for dette.

18.2 Forslag i St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen

I samhandlingsmeldingen er det under punkt 8.3.1 blant annet uttalt:

«I kommunehelsetjenesteloven § 3–5 er kommunelegens rolle som medisinskfaglig rådgiver lovfestet. Det vurderes å tydeliggjøre kommunelegerollen som en viktig premissleverandør for kommunal planlegging, bl.a. for utvikling av gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekket helsebehov i befolkningen, bringe kunnskapsforhold om helseforhold inn i budsjettarbeid, plan- og beslutningsprosesser og gi råd om hvilke alternative tiltak som kan bedre tilbudet til befolkningen, samt ha en sentral rolle i styringsdialogen med fastlegene.»

18.3 Dagens situasjon

Det har gjennom de siste 15 årene gjentatte ganger blitt uttrykt bekymring for kommunelegens og samfunnsmedisinens plass i kommunene. Problemstillinger som trekkes frem er synkende tilgang på nye spesialister i samfunnsmedisin, høy gjennomsnittsalder blant disse legene, rekrutteringsproblemer (vakante stillinger) og gjennomtrekk i stillingene. Forklaringer som gis på dette er blant annet uklare og omfattende arbeidsoppgaver som ikke er i tråd med de ressurser som er avsatt, samt problemer med kommunenes organisering og manglende tilrettelegging for kommunelegens funksjon. Videre nevnes vansker som

følge av kombinasjonsstillinger (både administrative lederoppgaver og kurative oppgaver) og små stillingsbrøker. Det er de siste 15 årene blitt flere stillinger for samfunnsmedisinere og flere leger i stillingene, men antallet årsverk utført har gått ned. En undersøkelse fra 2003 (Aasland og Akre) viste i tillegg at under halvparten av leger som hadde lederstillinger i primærhelsetjenesten, var spesialister i samfunnsmedisin.

For å få råd om hvordan å bedre på situasjonen nedsatte Helsedirektoratet i 2007 en arbeidsgruppe. Blant gruppens mange forslag til tiltak, gikk den inn for å videreføre en forankring av kommunelegen i lovverket, men mente at begrepet kommunelege burde erstattes med begrepet kommuneoverlege. Gruppen mente at interkommunalt samarbeid kunne være et alternativ for å få en mer solid samfunnsmedisinsk helsetjeneste i de små kommunene, og at det burde komme statlige føringer og økonomiske incitamenter for å få dette gjennomført.

18.4 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre gjeldende rett i form av en lovpålagt plikt for kommunene til å ha kommunelege.

Når det gjelder dagens krav om at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd, foreslo departementet å ikke videreføre denne under henvisning til forvaltningslovens regler om forsvarlig saksbehandling. Departementet viste til at det ville kunne være å betrakte som en saksbehandlingsfeil om en innstilling innen nevnte fagområder ikke forelegges kommunelegen eller fremmes uten at dennes syn fremkommer.

I høringsnotatet uttalte departementet også at departementet ville vurdere om kommunehelsetjenesteloven § 3-5 fjerde ledd (videresending av dødsmeldinger til Dødsårsaksregisteret) burde videreføres. Departementet viste til at plikten også følger av forskrift om Dødsårsaksregisteret, og at det derfor kan diskuteres om lovpålagt vil være nødvendig. I lovforslaget ble imidlertid plikten foreløpig videreført.

18.5 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser støtter departementets forslag om å videreføre gjeldende rett i form av en

lovpålagt plikt for kommunene til å ha kommunelege. *Oslo kommune* uttaler:

«Kommunelegens formelle oppgaver og tilknytning til kommunene er grundig drøftet i lovforslaget, og man anbefaler en videreføring av dagens lovfesting av kommunenes plikt til å ha ansatt en kommunelege. Oslo kommune støtter dette forslaget.

Med sitt brede spekter av tilbud og tjenester til befolkningen har kommunene unike muligheter til å drive et tverrsektorielt folkehelsearbeid. Dessuten er kommunene planmyndighet og har muligheter til også å påvirke de fysiske rammebetingelsene som befolkningen lever under (bomiljø, nærmiljø etc). Samhandlingsreformen peker på betydningen av at kommunene får bedre oversikt over grunnleggende lokale helseutfordringer og spisser forebyggingsinnsatsen inn mot tiltak med dokumentert effekt. Disse forhold viser at det er strategisk viktig at man har tilgang på leger med samfunnsmedisinsk kompetanse på dette forvaltningsnivået.»

Statens helsetilsyn uttaler følgende i sin høringsuttalelse:

«Statens helsetilsyn slutter seg til forslaget om å videreføre kommunelegefunksjonen da denne er en viktig premissleverandør i kommunal planlegging, har en viktig rolle i det befolkningsrettede forebyggende arbeidet og er sentral i styringsdialogen med fastlegene, slik det er beskrevet i punkt 8.3.1 i St.meld. nr. 47 om Samhandlingsreformen. Kommunelegens rolle og funksjon bør derfor komme klart til uttrykk i lovttekst og merknader.»

Flere høringsinstanser mener i tillegg at kommunelegens rolle bør styrkes. Flere av disse, blant annet *KS Troms*, *KS Finnmark*, *Regionrådet for Hallingdal* og flere kommuner – blant annet *Porsgrunn*, *Skien*, *Evenes*, *Tjeldsund*, *Skånland*, *Tydal*, *Re*, *Seljord*, *Fyresdal* og *Siljan*, uttaler:

«En styrking av kommunelegens rolle vil være nødvendig for planlegging og implementering av de endringene som samhandlingsreformen legger opp til.»

Blant annet *Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken* og *kommunene Krødsherad*, *Øvre Eiker*, *Bærum*, *Hurum* og *Asker* uttaler følgende om kommunelegen:

«Det er viktig og riktig at kommunelegens rolle som medisinsk faglig rådgiver i kommunen er fastslått i lovs form. Denne funksjonen må styrkes i fremtiden.»

En del høringsinstanser, blant annet *Norsk Psykiatrisk forening* og *Fylkesmannen i Østfold*, i tillegg til *Statens helsetilsyn* som nevnt ovenfor, mener at kommunelegens rolle og funksjon bør komme klarere til uttrykk i lovtekst og merknader.

Flere høringsinstanser mener at kommunelegen bør være medisinsk-faglig rådgiver for kommunen, ikke bare for helse- og omsorgstjenesten slik lovforslaget er formulert. Høringsinstansene som har foreslått dette er blant annet *KS Nord-Trøndelag* og *kommunene Sauda, Steinkjer, Verdal, Levanger, Overhalla, Nærøy og Inderøy*.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og *Den norske legeforening* har påpekt at kommunelegen må gis en mer sentral rolle i den kommunale administrative ledelsen. Den norske legeforening uttaler:

«Små stillingsbrøker og uklar forankring bidrar til at kommuneoverlegenes kompetanse ikke benyttes på en god nok måte. Kommuneoverlegen må inn i kommuneledelsen.»

Kun et fåtall av høringsinstansene mener at gjeldende rett i form av en lovpålagt plikt for kommunene til å ha kommunelege ikke bør videreføres. Dette begrunnes blant annet med rekrutteringsproblemer og kommunens organisasjonsfrihet. *Lenvik kommune* uttaler:

«Lenvik kommune ser det som svært ønskelig å kunne tilsette leger, gjerne med samfunnsmedisinsk kompetanse, til å løse både de tradisjonelle samfunnsmedisinske oppgavene, og til å lede styringsdialogen med både fastleger, øvrig helsepersonell og helseforetak. Men når rekrutteringssituasjonen er slik den er – og har vært gjennom de siste 15 år – mener vi det blir feil å videreføre gjeldende rett på området, når praksisen går i en annen retning.»

Lillesand kommune begrunner sitt syn slik:

«Det er noe underlig at loven definerer krav til at kommunen skal ansette personer med en bestemt yrkesbakgrunn. Når kommunen har plikt til å utøve en bestemt funksjon, ligger det implisitt at kommunen må benytte personell som har den nødvendige kompetanse. Det kan videre anføres at både smittevernloven og lov

om psykisk helsevern forutsetter at kommunen har tilgang til nødvendig kompetanse for å dekke dette ansvarsområde. Slik vi ser det burde kommunens organisasjonsfrihet, og dettes fokus i høringsnotatet, logisk innebære at kravet bortfalt fra lovgivningen. Dette harmonerer med den løsning som er valgt i forhold til å samle de øvrige ansatte som yter helsehjelp inn under helsepersonelloven.»

Enkelte av høringsinstansene har uttrykkelig kommentert departementets forslag om ikke å videreføre dagens krav om at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd, under henvisning til forvaltningslovens regler om forsvarlig saksbehandling. Av de som har uttalt seg, er flertallet positive til forslaget. Blant høringsinstansene som er positive er *Oslo kommune* og *Statens Helsetilsyn*. Noe få høringsinstanser mener at dette kravet bør videreføres i loven. *Helsedirektoratet* uttaler i denne sammenhengen følgende:

«Departementet foreslår ikke å videreføre ordningen med at kommunelegens tilråding alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd.

Helsedirektoratet mener det fortsatt er behov for å videreføre dagens lovordning. Det er viktig å sikre at kommunelegens rolle i saker om helsemessig beredskap blir fremhevet. Det vises til Ot. prp. nr 89 (1998-99).»

Bare en høringsinstans har uttalt seg om høringsnotatets omtale av at departementet vil vurdere om kommunehelsetjenesteloven § 3-5 fjerde ledd (videresending av dødsmeldinger til Dødsårsaksregisteret) bør videreføres. *Helse- og omsorgsledderne i kommunene i Gjøvik-regionen – Søndre Land, Nordre Land, Vestre Toten, Østre Toten og Gjøvik* uttaler følgende:

«Kommunelegens oppgaver i forbindelse med dødsmeldinger er videreført i lovforslaget, men departementet vil vurdere om det er nødvendig ettersom plikten også fremgår av forskrift om dødsårsaksregister. Vi forutsetter at eventuelle endringer ikke gir uventede hindringer i å ivareta oppgavene på en forsvarlig måte med hensyn til taushetsplikt og mulighet

for å innhente tilleggsopplysninger om dødsårsak.»

Mange høringsinstanser mener at loven bør inneholde en åpning for at kommuner kan samarbeide om funksjonen som kommunelege.

Fylkesmannen i Finnmark uttaler følgende om samarbeid mellom kommuner om kommunelegefunksjonen:

«I små utkantkommuner er det ofte krevende å få inn alle typer spisskompetanse: En kommunelege i en slik kommune og med sentrale roller innenfor områdene helsemessig og sosial beredskap, smittevern og miljørettet helsevern vil lett kunne bli marginalisert og med liten faglig støtte fra tilstøtende fagmiljø.

Vi støtter derfor departementets forslag om at flere kommuner kan gå sammen om å tilsette flere kommuneleger til slike oppgaver. Imidlertid er vi kritiske til den delen av forslaget som går inn for at disse skal være tilsatt på heltid til slike oppgaver. Vi mener det er viktigere å bygge miljøer som består av flere personer enn å bygge opp få heltidsstillinger. At flere kommuner går sammen om å tilsette flere leger i kombinasjonsstillinger av kurative (fastlege) og administrative oppgaver vil bidra til mer robuste miljø, sikre vikarfungering og kontinuitet i funksjonene ved vakanser. Det er også viktig å støtte opp under utvikling av faglige nettverk for å sikre kvalitet og rekruttering til slike stillinger.»

En del av høringsinstansene som har uttalt seg om samarbeid om kommunelege, presiserer at et slikt samarbeid bør kunne organiseres som et interkommunalt samarbeid. *Ulstein kommune* og *Hareid kommune* uttaler:

«Kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks»

Dette er identisk same formulering som i eksisterende lov. Denne formuleringa er blitt tolka som ei plikt til å ha eit tilsettingsforhold, slik at ein lege som er kommuneoverlege i fleire kommunar må ha deltidsstilling i kvar kommune. I høyringsnotatet er det omtalt fordelane ved at fleire kommunar kan slå seg saman om kommuneoverlege slik at ein får større stillingar og dermed større muligheit for kompetanseoppbygging. Ein bør i slikt samarbeid kunne ha same samarbeidsformer som i anna interkommunalt samarbeid, med eit felles

tilsettingsforhold for kommuneoverlegen. Lovteksten bør derfor justerast med omsyn på dette.»

Den norske legeforening uttaler følgende om samarbeid om kommunelegefunksjonen:

«I høringsnotatet står det at departementet anser det hensiktsmessig om flere kommuner går sammen om å ansette en eller flere kommuneleger på heltid. Det burde vært klargjort at det kan være felles kommuneoverlege for flere kommuner som en interkommunal ordning. Vi har erfaring for at noen kommuner har lyktes med å få en god funksjon ved at to og to kommuner har samarbeidet om en kommuneoverlegestilling.»

Flere høringsinstanser fremhever også at kombinasjonsstillinger vil være et godt alternativ for å rekruttere leger til kommunelegestillinger. Den norske legeforening uttaler i denne sammenhengen:

«Høringsnotatet problematiserer problemene omkring kompetanse og kapasitet for det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene, herunder såkalte kombilegeordninger. Når tiden til samfunnsmedisinsk arbeid blir knapp, skyldes det stillingsstørrelse i forhold til arbeidsoppgaver, og ikke konkurranse med kurativt fastlegearbeid. Vi forslår således at dette arbeidet snarere styrkes ved at det opprettes flere kombinerte stillinger med samfunnsmedisinsk hovedstilling i minst 50 prosent og fastlegearbeid som bistilling. Dette vil sikre rekruttering, gi bedre stedfortrederfunksjon, skape lokalt samfunnsmedisinsk miljø og sikre personell til de beredskapsordningene som må komme dels som en følge av nytt forslag til folkehelselov. I Oslo kommune har man allerede vedtatt en slik beredskapsordning.»

18.6 Departementets vurderinger og forslag

Formålet med kravet om å ha en kommunelege i alle kommuner har vært å sikre kvalitet i den kommunale helsetjenesten, ut fra en forståelse av at enkelte kommunale ikke-kliniske oppgaver må eller bør utføres av leger. I tråd med beskrivelsen av kommunelegenes oppgaver innledningsvis, ligger det juridiske ansvaret for disse oppgavene i dag i hovedsak hos kommunen. Kommunelegen

har delegert myndighet på en rekke områder. I tillegg er kommunelegen tillagt en rekke oppgaver i ulikt regelverk både når det gjelder beredskap, folkehelse, forebyggende helsetjenester og kurative helsetjenester. For eksempel har kommunelegen etter smittevernloven § 5-3 myndighet til å beslutte tvungen isolering av pasienter.

Fra ulikt hold påpekes det at dagens system med kommunelege ikke fungerer optimalt i forhold til formålet. Dersom kompetansekravet og rollen som kommunelege skal videreføres i lovverket, kunne det derfor være aktuelt å gjøre justeringer. Dagens rolle beskrives av enkelte som uklar. En tydeliggjøring av rollen, for eksempel i form av forslaget om å gi sentrale føringer om at kommunenes samfunnsmedisinske arbeid burde forankres nær rådmannen, ville innebære en ytterligere reduksjon i kommunens handlefrihet. Alternativet til å tydeliggjøre rollen kunne være å utvikle kompetansekravet og eventuelt benytte andre teknikker for å understøtte kvalitet i tjenesten. Slike alternative teknikker kunne være at man i lovverket tydeligere beskriver innholdet i de oppgavene kommunene pålegges, herunder i plan- og beslutningsprosesser, slik at det på denne måten legges føringer for hvilken kompetanse kommunene må skaffe for å kunne ivareta oppgavene på en forsvarlig måte. Kommunene må da ansette personell med riktig kompetanse eller sikre kompetanse på annen måte, for eksempel gjennom avtale med en privatpraktiserende lege eller ved et forpliktende samarbeid med annen kommune, helseforetak eller liknende.

Departementet mener at medisinskfaglig og samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i kommunene for å utføre de oppgavene kommunene er ansvarlige for av ikke-klinisk karakter etter forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslag til ny folkehelselov. Personell med samfunnsmedisinsk kompetanse vil i en slik sammenheng være ønskelig, men samfunnsmedisinsk kompetanse kan også innehas av andre enn leger. I samsvar med at en stor andel av leger med lederstillinger i primærhelsetjenesten i dag ikke er spesialister i samfunnsmedisin, mener departementet at den nødvendige medisinskfaglige kompetansen vil kunne ivaretas av leger uten spesialitet i samfunnsmedisin. Dette innebærer at noe medisinskfaglig rådgivning vil kunne ivaretas for eksempel ved avtale med fastleger i kommunene. Andre oppgaver vil kunne ivaretas av annet personell med samfunnsmedisinsk utdanning.

Innretningen på loven, med en overordnet ansvarsregulering for kommunene, kan også tale mot å stille krav til spesifikk kompetanse i form

av krav om kommunelegestilling. Behovet for bedre samordning av tjenestene innad i den enkelte kommune kan også anføres som argument mot å innføre profesjonsspesifikke lederkrav (fagsøyler), som at lege må lede fastleger og at en sykepleier må lede sykepleiertjenesten i kommunene.

I tråd med dette kunne man for å sikre kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten innta en mer presis beskrivelse av de oppgaver kommunene er ansvarlige for. Dette gjelder for eksempel kravene til innhold i planarbeidet, herunder krav til å ha oversikt over helsetilstanden og behovet for helsetjenester i befolkningen og krav til å ha oversikt over kvaliteten på de tjenestene som leveres. Bedre styring av for eksempel fastlegene, vil kreve en aktiv bruk av de styringsdata som vil følge av nye funksjons- og kvalitetskrav med tilhørende rapportering. I tillegg bør det stilles krav til styringssystemer (internkontroll), systematisk kvalitetsarbeid og pasientsikkerhetsarbeid. En forutsetning for at kommunene skal kunne utføre disse oppgavene vil da være at kommunene har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i egen organisasjon.

I forlengelsen av dette kunne det foreslås å stille kommunene fritt med hensyn til hvordan den nødvendige kompetansen for å utføre disse oppgavene skal sikres, dvs. at de enten kan ansette personell, inngå avtale med private eller samarbeide med andre kommuner/helseforetak e.l.

På den annen side vil departementet påpeke at medisinskfaglig kompetanse i kommunen vil være helt avgjørende for å kunne lykkes med gjennomføringen av samhandlingsreformen. Dette fordi slik kompetanse er avgjørende for å vurdere hvordan kommunen bør håndtere de helseutfordringene den står overfor og gi råd om dette til politiske myndigheter. Departementet viser videre til at kommunelegen er tillagt oppgaver i en rekke lover og forskrifter, og særlig når det gjelder helsemessig og sosial beredskap, smittevern og miljørettet helsevern, har kommunelegen en sentral rolle blant annet som myndighetsutøver. Også innenfor de oppgavene kommunen får etter helse- og omsorgstjenesteloven, bør kommunelegen ha viktige oppgaver. Å fjerne det lovbestemte kravet for en kommune til å ha kommunelege vil ha konsekvenser som i så fall bør utredes ytterligere.

Departementet viser også til at en videreføring av gjeldende rett i form av en lovpålagt plikt for kommunene til å ha kommunelege, har bred støtte blant høringsinstansene.

Departementet har imidlertid merket seg at en del høringsinstanser mener at kommunelegens rolle i tillegg bør styrkes og at kommunelegens rolle og funksjon bør komme klarere til uttrykk i loven. Departementet viser i den forbindelse til forslag til § 26 i ny folkehelselov, jf. Prop. 90 L. (2010-2011) der de samfunnsmedisinske oppgavene er nærmere beskrevet. Departementet vil for øvrig ta disse og andre innspill som har fremkommet i høringen, med seg i det videre arbeidet på dette feltet.

I dag er som nevnt flere leger dels ansatt som kommunelege, dels som fastlege. Dette kan medføre at den tiden som brukes på kommunelegeoppgavene blir knapp og at det blir vanskelig å utvikle den kompetanse og oversikt som er nødvendig for å løse oppgavene på en fullgod måte. For å støtte opp om utviklingen av kommunelegens kompetanse, anser departementet det derfor som hensiktsmessig om flere kommuner går sammen om å ansette en eller flere kommuneleger på heltid. Dette vil bygge opp under denne typen stillinger som mulige karriereveier for leger innen samfunnsmedisin. Dersom kommunelegene gis anledning til å konsentrere seg om denne typen oppgaver er det også sannsynlig at de vil utvikle økt nærhet til og kunnskap om kommunen(e), innbyggerne, helsetjenesten og øvrig forvaltning.

Departementet har merket seg at en del høringsinstanser fremhever at kombinasjonsstillinger vil være et alternativ for å rekruttere leger til kommunelegestillinger. Den norske legeförening mener for eksempel at det bør opprettes flere kombinerte stillinger med samfunnsmedisinsk hovedstilling i minst 50 prosent og fastlegearbeid som bistilling. Lovforslaget er ikke til hinder for at kommunelegene ansettes i en slik kombinert stilling i kommunen dersom kommunen finner dette hensiktsmessig.

Departementet har videre merket seg at flere høringsinstanser foreslår at lovteksten bør inneholde en åpning for at kommuner kan samarbeide om funksjonen som kommunelege, herunder mener en del av høringsinstansene at et slikt samarbeid bør kunne organiseres som interkommunalt samarbeid. Som nevnt ovenfor anser departementet det som hensiktsmessig om flere kommuner går sammen om å ansette en eller flere kommuneleger. Dagens kommunehelsetjenestelov § 3-5 har blitt tolket slik at et eventuelt samarbeid må foregå ved at kommunelegene må være ansatt i hver av kommunene. To kommuner kan for eksempel bli enige om å ansette en kommunelege i 50 % stilling i hver av kommunene.

På bakgrunn av innspill fra høringsinstansene har departementet vurdert hvorvidt det bør lovfestes at kommuner skal kunne samarbeide om kommunelegefunksjonen uten at kommunelegene nødvendigvis må være ansatt i hver enkelt kommune, for eksempel gjennom interkommunalt samarbeid. Intensjonen med samhandlingsreformen er å legge bedre til rette for samhandling om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dersom unødvendige hindringer for effektivt samarbeid kan fjernes, vil dette være med på å fremme samhandlingsreformens intensjon. Som tidligere nevnt mener departementet at medisinsk faglig kompetanse i kommunen vil være helt avgjørende for å kunne lykkes med gjennomføringen av samhandlingsreformen.

Departementet ser at samarbeid om ansettelse av kommunelege uten at kommunelege nødvendigvis må være ansatt med deltidsstilling i hver enkelt kommune, kan være hensiktsmessig for en del kommuner. Departementet vil derfor foreslå en endring i forhold til den lovtekst som var på høring slik at det åpnes opp for at kommuner på frivillig basis kan velge å samarbeide om å ansette en eller flere kommuneleger. Det vil fortsatt være krav om at hver enkelt kommune har en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegene er tillagt i lov eller instruks, og som skal være medisinsk faglig rådgiver for helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Departementet foreslår imidlertid at det ikke lenger skal være krav om at kommunelegene er ansatt i hver enkelt kommune vedkommende arbeider. Hvorvidt det skal samarbeides med andre kommuner og i hvilken form samarbeid om ansettelse av kommunelege eventuelt skal skje, må det være opp til den enkelte kommune å avgjøre.

Departementet vil imidlertid presisere at dersom kommunelegene skal treffe vedtak som innebærer offentlig myndighetsutøvelse, er det etter dagens regelverk bare vertskommunemodellen som kan benyttes. Behov for samarbeid og hvilken samarbeidsform som eventuelt er mest hensiktsmessig vil kunne variere fra kommune til kommune, blant annet på grunnlag av kommune størrelse. Det vil naturligvis fortsatt være anledning til å samarbeide om å ansette kommunelege i deltidsstilling i to eller flere kommuner, for eksempel ved ansettelse i 50 % stilling i hver av to kommuner.

En lovfesting av krav til en spesifikk kompetanse må, i følge Retningslinjene for statlig styring av kommunesektoren, begrunnes særskilt. I forbindelse med arbeidet med ny folkehelselov har departementet foretatt en vurdering av kravet

til å ha kommunelege i forhold til retningslinjene, jf. Prop. 90 L. (2010-2011) om ny folkehelselov punkt 18.4 hvor behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse er vurdert. Departementet har her påpekt at hensynet til liv, helse og sikkerhet er tungtveiende nasjonale hensyn som veier tyngre enn lokal handlefrihet. Dette blir særlig tydelig når det gjelder myndighetsutøvelse etter regelverket for miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, hvor kommunelegen er viktig.

Når det gjelder helsemessig beredskap er det i Prop. 90 L. (2010-2011) om ny folkehelselov vist til at dersom kommunestyret skal kunne fatte vedtak og kommunen løse sine beredskapsoppgaver for å ivareta liv og helse på en faglig og forsvarlig måte, må kommunen få kunnskap om medisinsk-faglige vurderinger. Det er derfor vist til at samfunnsmedisinsk kompetanse bør inngå i kommunens kriseledelse og være sentral ved utarbeidelse av kommunens beredskapsplaner, herunder kommunens beredskap for psykososiale tiltak ved katastrofer og ulykker. Kommunelegen vil kunne ha en nøkkelrolle i arbeid der kommunen får større utfordringer som følge av uventede hendelser og ulykker. Enkelte kommuner har også plassert et ansvar for å ta initiativ til katastrofeøvelser på kommunelegen.

Smittevernloven vil ikke erstattes av forslaget til ny folkehelselov eller lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er ikke et krav i smittevernloven i dag om at kommunen skal ansette en kommunelege, men loven forutsetter at kommunen har en kommunelege. I høringsnotatet om ny folkehelselov har departementet påpekt at arbeidet som smittevernlege krever en viss administrativ forankring i kommunen. En erfaring fra utbruddet av svineinfluensa sist år var at arbeidet med å organisere vaksinasjon tok lenger tid i Norge enn i andre land i Norden. Dette kan være et signal om at smittevernarbeidet i Norge trenger å styrkes. En tydeligere rolle for kommunelegene vil kunne bidra til dette.

Under henvisning til ovennevnte foreslår departementet å videreføre kommunens plikt til å ha kommunelege. Videreføring av gjeldende rett på området vil slik sett ikke innebære innføring av nytt krav om spesifikk kompetanse i kommunen. Departementet mener plikten til å ha kommunelege bør følge av både helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven, og at det i tilknytning til begge lover må gjøres rede for hvilke oppgaver som kan ligge til funksjonen som kommunelege etter den enkelte lov. Blant de oppgaver som

departementet mener bør ligge til kommunelegen i helse- og omsorgstjenesteloven, er blant annet:

- Råd knyttet til planlegging og styring av kommunens samlede legeressurser, både fastlegevirksomhet og annet allmennmedisinsk legearbeid, jf. nærmere om dette i kapittel 19.
- Råd knyttet til kommunal planlegging, styring og evaluering av øvrige helsetjenester i kommunen og kommunal forvaltning for øvrig, jf. blant annet nærmere om dette i kapittel 12 til 15.
- Bidra til utvikling av systemer og gode rutiner for samarbeid og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, jf. blant annet nærmere om dette i tilknytning til kapittel 28 om avtalebasert lovpålagt samarbeid.
- Diverse andre oppgaver som det er hensiktsmessig blir utført av kommunen, men som krever medisinsk kompetanse slik som kontroll av dødsmeldinger mv.

Departementets forslag til regulering er inntatt i lovforslaget § 5-5. Bestemmelsen viderefører gjeldende rett om at kommunen har plikt til å ha en eller flere kommuneleger. Det foreslås imidlertid en endring ved at det ikke lenger skal være krav om at kommunelegen er ansatt i hver enkelt kommune vedkommende arbeider, slik at kommuner skal kunne samarbeid om ansettelse av kommunelege. I tillegg foreslås det at det i ordlyden i bestemmelsens andre ledd fremkommer at kommunelegen skal være medisinsk faglig rådgiver for kommunen, i stedet for helsetjenesten slik ordlyden lyder etter gjeldende rett. Dette vil være i tråd med forslag til § 26 i ny folkehelselov, jf. Prop. 90 L. (2010-2011).

Departementet foreslår også to øvrige endringer i forhold til gjeldende rett.

I dag skal kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd. Denne særlige saksbehandlingsregelen anser departementet at det ikke lenger er behov for, og den foreslås derfor ikke videreført i lovforslaget. Forvaltningsloven har regler om forsvarlig saksbehandling og det vil kunne være å betrakte som en saksbehandlingsfeil om en innstilling innen nevnte fagområder ikke forelegges kommunelegen eller fremmes uten at dennes syn fremkommer. Av høringsinstansene som har uttalt seg om dette, støtter flertallet departementets vurdering. Det vises også til Prop. 90 L. (2010-2011) punkt

18.4.1.3 om ny folkehelselov for nærmere begrunnelse.

I høringsnotatet uttalte departementet at man også ville vurdere om kommunehelsetjenesteloven § 3-5 fjerde ledd (videresending av dødsmeldinger til Dødsårsaksregisteret) burde videreføres. Departementet pekte på at plikten også følger av forskrift om Dødsårsaksregisteret, og at det derfor kan diskuteres om lovplikt vil være nødvendig. I lovforslaget ble imidlertid plikten foreløpig videreført. I høringen var det ingen høringsinstanser som hadde merknader til at kommunehelsetjenesteloven § 3-5 fjerde ledd eventuelt ikke skulle videreføres.

Kommunehelsetjenesteloven § 3-5 fjerde ledd inneholder ikke elementer som ikke er ivaretatt i forskrift om Dødsårsaksregisteret. Ettersom plikten i kommunehelsetjenesteloven § 3-5 fjerde ledd

også følger av forskrift om Dødsårsaksregisteret, mener departementet at det derfor ikke er nødvendig å videreføre lovplikten i kommunehelsetjenesteloven § 3-5 fjerde ledd i lovforslaget her.

På bakgrunn av ovennevnte foreslår departementet at kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje og fjerde ledd ikke videreføres i lovforslaget § 5-5. Dette vil som nevnt ikke innebærer materielle endringer.

Det ligger heller ikke i lovforslaget noen føring på hvilken formell plassering kommunelegen skal ha i kommunens administrasjon. Hvilken plassering som er gunstigst vil kunne variere med kommunestørrelse, og med hvilke oppgaver kommunelegen blir tillagt ved siden av de oppgavene som følger av folkehelseloven og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

19 Fastlegeordningen

19.1 Innledning

Fastlegeordningen ble innført i 2001, etter at det var gjennomført forsøk i fire kommuner i årene 1993-1996. Formålet med fastlegereformen var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom:

- en fast legekontakt for dem som ønsker det,
- mulighet for kontinuitet i lege-pasientforholdet,
- bedre tilgjengelighet til tjenesten og
- en mer rasjonell bruk av de samlede legeresurser gjennom forbedring av samarbeidet mellom allmennlege/fastlege og legevakt og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Fastlegereformen var en systemreform, som stilte krav til en ny måte å organisere allmennlegetjenesten på – en tjeneste landets kommuner allerede var forpliktet til å sørge for etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Hovedbegrunnelsene for forslaget om å organisere allmennlegetjenesten som et listesystem eller fastlegeordning, var dels behovet for en fast legekontakt (kontinuitet) for syke eldre, personer med kroniske lidelser og andre sårbare grupper. Annet personell i helsetjenesten mente dessuten at en fast legekontakt ville gjøre det enklere å samarbeide om enkeltpasienter med behov for koordinerte tjenester. Spesielt i byene var det ønske om å unngå såkalt lege-shopping (at personer gikk fra lege til lege) for å få bedre kontroll med rekvivering av vanedannende medikamenter. Mange forskjellige driftsformer og uoversiktlig medførte også store forskjeller i pasientenes egenbetaling.

Fastlegeordningen er regulert på fire nivåer; i lov, forskrift og ulike avtaler på sentralt og lokalt nivå:

- Kommunens plikt til å organisere fastlegeordning og sentrale pasientrettigheter i ordningen er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven.
- Utfyllende bestemmelser er gitt i forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene. Forskriften omfatter blant annet opprettelse og endring av lister, innbyggernes rettigheter, kommunens plikter og legenes rettigheter og plikter.

- En nærmere utforming av kommunenes og legenes rettigheter og plikter, samarbeid mellom partene og økonomiske forhold er regulert i sentralt avtaleverk mellom staten, Den norske legeforening og KS/Oslo kommune, samt i sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening (SFS 2305).
- Fastlegeavtalen eller den lokale, individuelle avtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege. Denne avtalen er kommunens viktigste styringsverktøy i oppfyllelsen av lovpålagte plikter. I fastlegeavtalen kan det settes rammer for fastlegens ansvar og oppgaver.

Ordningen består av tre kjerneelementer. For det første er det selve listesystemet som løpende registrerer alle innbyggere som ønsker å være tilknyttet en fastlege. Personer som ønsker fastlege vil følgelig være på listen til en lege som har en fastlegeavtale med en kommune.

For det andre innebærer listesystemet en tydelig ansvars plassering. Ansvar for allmennlegetilbudet til dem som står på listen er plassert hos en navngitt fastlege, slik at listeinnbyggere vet hvor de skal henvende seg dersom de har behov for legehjelp. Det må likevel presiseres at det er kommunen som har det overordnede ansvaret for allmennlegetilbudet i kommunen, uavhengig av om fastlegen er fast ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende. I sistnevnte tilfelle er fastlegene følgelig en kontraktspart som utfører oppgaver som inngår i kommunens sørge-for-ansvar. Kommunen kan ikke delegere bort sitt sørge-for-ansvar etter kommunehelsetjenesteloven til fastlegene.

Videre innebærer ansvars plassering at den øvrige kommunehelsetjeneste kan innhente informasjon fra pasient eller pårørende om hvilken lege de skal kontakte når det er behov for medisinsk oppfølging, eller ved søknad om spesifikke tjenester på vegne av innbyggeren. Plasseringen av ansvar innebærer også at legevakt og sykehus har en adressat for epikriser blant annet ved behov for medisinsk oppfølging for eksempel etter en øyeblikkelig hjelp situasjon, eller etter utskrivning fra sykehus.

Det tredje kjerneelementet i fastlegeordningen er kontraktsinstituttet. Dette er fastlegeavtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege. De individuelle avtalene synliggjør kommunens oppfølging av sine plikter i henhold til lov, forskrifter og sentralt avtaleverk om fastlegeordningen. Avtalene synliggjør også legenes ansvar for innbyggere på sin liste og for eventuelle andre allmennlegeoppgaver organisert utenfor fastlegeordningen i kommunen, som for eksempel legeoppgaver ved sykehjem og helsestasjon.

Nedenfor redegjøres det for regelverket om fastlegeordningen og avtaleverket som regulerer ordningen. Redegjørelsen har hovedfokus på de plikter og oppgaver som fastlegene har i fastlegeordningen.

19.1.1 Stortingets overordnede føringer ved innføringen av fastlegeordningen

I Innst. S. nr. 215 (1996-97) mente et flertall i sosialkomiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti, at følgende hovedprinsipp skulle legges til grunn for fastlegeordningen:

- Pasientene kan velge fastlege også uavhengig av kommune- og bydelsgrenser basert på nærmere fastsatte kriterier.
- Pasienten kan skifte fastlege inntil to ganger pr. år og har rett til ny vurdering hos annen lege enn fastlegen.
- Pasientene kan stå på liste hos en enkelt lege i egen praksis eller i gruppepraksis.
- Fastlegen har hovedansvar for pasienten.
- Legene i felleskap har ansvar for vikarordninger, legevakt o.l. i samråd med kommunen.
- Legene skal normalt ikke ha flere enn 2 500 pasienter eller færre enn 500 pasienter på listen. Legene må etter nærmere avtale med kommunen ha mulighet til å begrense listen til 1500 pasienter.
- Alle leger som driver allmennpraksis med eller uten avtale når ordningen trer i kraft, skal få muligheten til avtale som fastlege. Det samme gjelder de som midlertidig er ute av arbeid pga. svangerskapspermisjon eller andre permisjoner.
- Det utarbeides kriterier for anslått legebehov i forhold til folketall, som brukes som utgangspunkt for hvorvidt det kan opprettes flere avtaler i en kommune.
- Fastlegeordningen finansieres med 30 prosent basistilskudd på grunnlag av antall pasienter på listen og 70 prosent refusjon/egenandel.

- Alle leger skal ha rett til å sykemelde pasienter, skrive ut trygdeerklæringer, henvise til spesialist og foreskrive resepter for alle pasienter.
- Pasienter skal ha rett til å stå utenfor fastlegeordningen.
- Liberal henvisningspraksis ved blant annet graviditet.
- Kommunene skal få kompensert alle merutgiftene til fastlegeordningen.

Disse føringene skulle være bærende for innføringen av fastlegeordningen. Ved Stortingets behandling av sosialkomiteens innstilling ble det votert over hvert av de 13 punktene nevnt ovenfor. Samtlige fikk flertall.

19.2 Gjeldende rett

19.2.1 Kommunehelsetjenesteloven

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første og annet ledd lister opp de oppgavene kommunenes helse-tjeneste skal omfatte og hvilke deltjenester kommuner skal sørge for. I annet ledd presiseres kommunens plikt til å sørge for allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning. Det vil si at alle landets kommuner plikter å organisere en fastlegeordning. Kommunene skal inngå avtale med et tilstrekkelig antall fastleger, slik at de som har rett til fastlege etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a, og som ønsker fastlege i kommunen, kan tilbys å stå på en fastleges liste.

I § 1-3 sjette ledd reguleres suspensjon av fastlegeordningen. Fylkesmannen kan etter søknad fra kommunen for en viss tid suspendere plikten til å organisere en fastlegeordning dersom tungtveiende grunner tilsier det. Dette innebærer at lovbestemte rettigheter og plikter knyttet til fastlegeordningen settes til side. Plikten til å sørge for allmennlegetjeneste vil likevel bestå.

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a gir pasientrettigheter i fastlegeordningen. I første ledd gis enhver som er bosatt i en norsk kommune rett til å stå på liste hos en lege med fastlegeavtale eller hos et legesenter med fellesliste. Dette er en snevrere gruppe enn den som har rett til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Etter sistnevnte bestemmelse har personer som bor eller oppholder seg midlertidig i en kommune rett til nødvendig helsehjelp. Begrunnelsen for innsnevring er at fastlegeordningen forutsetter at det er kontinuitet i lege-pasientforholdet. Det er lite hensiktsmessig å gi dem som oppholder seg midlertidig i en kommune, rett til fastlege.

I § 2-1a andre ledd gis person som står på fastleges liste, rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året. Person som står på fastleges liste har også rett til ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale, så fremt personen samtykker i at journalnotat kan sendes egen fastlege, jf. fastlegeforskriften § 6. Retten gjelder når pasienten har fått en første vurdering av fastlegen. Krav om ny vurdering må være relatert til samme forhold som den første vurderingen. I den nye vurderingen kan det være behov for å foreta kliniske vurderinger for å vurdere pasientenes tilstand på ny. Bestemmelsen innebærer imidlertid ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser, dersom det ikke er nødvendig for å ivareta en forsvarlig vurdering.

Det fremgår av loven § 2-1a tredje ledd at rettigheter i første og andre ledd ikke gjelder i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter § 1-3 sjette ledd. Rettigheter etter denne bestemmelsen gjøres gjeldende overfor den kommunen rettighetshaverne har eller ønsker fastlege i. I kommuner der det i en lengre periode ikke er mulig å organisere allmennlegetjenesten som en fastlegeordning, kan disse rettighetene ikke gjøres gjeldende. Retten til nødvendig helsehjelp etter § 2-1 suspenderes imidlertid ikke.

Det følger av § 2-1a fjerde ledd at departementet kan gi forskriftsbestemmelser om gjennomføring og utfylling av pasientrettigheter i fastlegeordningen, herunder om barns plassering på liste og om rett til å bytte fastlege.

I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd kan kommunen organisere tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 a at departementet hvert år fastsetter en samlet ramme for:

1. antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten
2. antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet

Denne ordningen ble innført fra 1. januar 1999. Formålet med ordningen var å sikre en bedre nasjonal fordeling av leger. Departementets beslutning om fordelingsrammen er basert på råd fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling.

19.2.2 Fastlegeforskriften

Det følger av fastlegeforskriften § 1 at formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

Retten til å stå på liste hos en fastlege, gjelder enhver som er bosatt i en norsk kommune, jf. § 3. Som bosatt regnes den som i folkeregisteret er registrert som bosatt i en norsk kommune. Den som har rett til å stå på liste hos fastlege, kan fremsette legeønske. Legeønsket skal etterkommes så langt det er ledig plass på fastleges liste unntatt i de tilfeller som uttømmende er regulert i fastlegeforskriften. Den som selv ikke ønsker å velge fastlege, blir plassert på listen til fastlege med ledig listeplass. Den som ikke ønsker å være tilknyttet fastlegeordningen, må gi melding til HELFO om dette. Det er adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommunen.

Ved valg av fastlege for barn under 16 år er det den eller de som har foreldreansvaret som velger fastlege. Dersom fastlege ikke velges, plasseres barnet på samme liste som den eller de som har foreldreansvaret. Ved fylte 16 år treffer barnet selv avgjørelse om valg av fastlege. Er barnet mellom 12 og 16 år kan det selv fremsette krav om bestemt fastlege etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret, jf. § 4.

Person som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger per år, såfremt det er ledig plass på annen fastleges liste, jf. § 5. Fastlegen kan ikke nekte å ta vedkommende inn på listen dersom det er ledig plass på listen.

Fastlegen har ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innen de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentralavtale, jf. forskriften § 7. Under utøvelse av det allmennmedisinske arbeidet skal fastlegen prioritere personer på sin liste, såfremt høyere eller lik prioritet av andre oppgaver ikke er pålagt legen i eller i medhold av lov.

I merknadene til § 7 heter det at:

«Fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for de som står på listen. Det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid. Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen har dessuten ansvaret for personens

journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler.

Innbyggerne på fastleges liste skal få utført nødvendige allmennlegetjenester, og få henvisning til andre helsetjenester etter behov, få utskrevet helseattester og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester. Fastlegen skal prioritere personene på listen foran andre, med unntak av lovpålagt øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift og avtale».

Det følger av forskriften § 8 at dersom en person som står på fastleges liste blir inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres ansvaret etter § 7 til institusjonen. Vedkommende blir likevel stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet til denne ved utskrivning. Ved behov for slik tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fastlegen på forhånd. Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning etter reglene i helsepersonelloven § 45.

Fastlegeavtale inngås med den enkelte lege, også om denne arbeider i en gruppepraksis. Organisering i gruppepraksis endrer ikke fastlegens ansvar overfor personene på sin liste. Det fremgår imidlertid av forskriften § 9 andre ledd at innenfor de rammer som er i sentral avtale kan det avtales fellesliste i en gruppepraksis. Fastleger med fellesliste har et felles ansvar for allmennlegetilbudet til personene på listen. Personer som står på en felles liste skal ha en ansvarlig lege som har hovedansvar for journal og oppfølging.

Det følger av § 10 at en fastleges økonomiske vederlag for det arbeid som honoreres etter normaltariffen, består av et tilskudd fra kommunen for hver person (per-capita tilskudd) og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra trygden for utført arbeid. Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal gi et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom per-capita tilskuddet for fastsatte referanseliste og per-capita tilskudd for gjennomsnittlig listelengde i kommunen.

Det følger av forskriften § 11 at kommunen skal tilrettelegge fastlegeordningen, herunder inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i ordningen. Kommuner kan samarbeide om organisering av fastlegeordningen. Fast-

legen skal som hovedregel være næringsdrivende.

Det følger av § 12 at kommunen kan stille følgende vilkår for inngåelse av avtale:

- a. at fastlegen påtar seg listeansvar for inntil et nærmere bestemt antall personer. Fra 1. januar 2001 ble antallet fastsatt til 1500 ved fulltids kurativ virksomhet. Ved deltidspraksis justeres øvre antall personer på listen forholdsmessig.
- b. at fastlegen deltar i allmenmedisinsk offentlig legearbeid. Slik deltakelse gir fastlegen rett til forholdsmessig avkorting i listelengde.
- c. at fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten
- d. at fastlegen deltar i veiledning av turnusleger.
- e. at fastlegen har gjennomført eller forplikter seg til å gjennomføre minst tre års veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere med rett til trygderefusjon.

Disse avtalevilkårene som her er nevnt kan utfylles i sentral avtale.

I merknadene til forskriften § 12 bokstav b uttales det at:

«Med allmenmedisinske offentlige legeoppgaver menes her offentlige legeoppgaver som blant annet lege ved helsestasjon, lege i skolehelsetjenesten, lege ved sykehjem, samt lege ved fengselsanstalter.»

Ny fastlegeavtale kan inngås når en fastlege avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, når en ubesatt legehjemmel skal besettes, eller når kommunen har fått innvilget søknad om opprettelse av ny legehjemmel, jf. § 13.

Fastlegen skal normalt ikke ha flere enn 2500 eller færre enn 500 personer på sin liste, jf. § 14. Det kan inngås individuelle avtaler om kortere eller lengre lister, innenfor de rammer som fastsettes i sentral avtale. Lengre liste enn 2500 kan bare avtales for ett år av gangen.

Det følger av forskriften § 15 at dersom fastlegen ved etablering av en liste har flere tilmeldte personer enn det som er avtalt listetak, skal listen justeres ned til avtalt listetak. De som har et pasientforhold til legen, skal prioriteres på listen etter pasientforholdets varighet. Dersom dette ikke er tilstrekkelig til å avgrense listen, skal det organ Helsedirektoratet bestemmer foreta et tilfeldig utvalg.

Fastlege med flere personer på sin liste enn det tak vedkommende kan sette i henhold til forskrift og sentrale avtaler, har rett til å få nedjustert listelengden til dette taket, jf. § 16. Krav om nedjustering skal meldes til kommunen med 6 måneders frist. Reduksjon av listen skjer ved tilfeldig utvelgelse blant dem som står på listen til vedkommende fastlege.

Det fremgår av forskriften § 17 at fylkesmannen kan etter søknad fra kommunen suspendere plikten til å ha fastlegeordning. Suspensjon kan bare skje dersom det er forsøkt å finne lokale løsninger og det er grunn til å tro at kommunen vil være ute av stand til å oppfylle sin plikt over en periode på minst tre måneder. Fylkesmannen skal tilse at kommunens plan for allmennlegetjenesten i suspensjonsperioden ivaretar løsning av kommunens øvrige pålagte oppgaver etter kommunehelsestjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 1. Suspensjon kan vedtas for inntil 1 år av gangen. Kommunen eller fastlegene i kommunen kan påklage fylkesmannens avgjørelse til departementet.

19.2.3 Avtaleverket

19.2.3.1 Statsavtalen

Statsavtalen er inngått mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene siden og Den norske legeförening på den andre siden. Avtalen regulerer økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis, herunder listeregulering, tilskudd til leger i særskilte kommuner og godtgjøring i kommuner der fastlegeordningen er suspendert. Nåværende avtale gjelder fra 1. juli 2010 til 30. juni 2011.

Det følger av punkt 2.3.1 i avtalen at dersom det er behov for endringer i § 12 a i fastlegeforskriften om det maksimale antallet personer på listen som kommunen kan pålegge fastlegen, skal partene drøfte alternative løsninger. Basert på drøftelsene med partene kan departementet foreta endringer i forskriften etter ordinær høring. Ved vurdering av om antallet personer bør endres skal det blant annet legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de oppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen.

For avtaleåret 1. juli 2010 – 30. juni 2011 har partene avtalt at det kommunale basis- eller per capita-tilskuddet per registrerte person på legens liste skal utgjøre 380,- kroner, jf. avtalen punkt 2.1. Det følger av avtalens punkt 4.1 at fastlegene kan

kreve honorarer etter de takster som fremgår av Normaltariffen.

19.2.3.2 Rammeavtale mellom KS og Den norske legeförening

Rammeavtalen er inngått mellom KS og Den norske legeförening. Det følger av avtalens punkt 2 at det i tillegg til rammeavtalen skal inngås individuell og personlig avtale mellom kommunen og den enkelte lege i samsvar med den vedlagte mønsteravtalen til rammeavtalen. Rammeavtalen danner ramme for hva som kan kreves ensidig av en part ved inngåelse eller revisjon av individuell avtale.

Det følger videre av avtalens punkt 2 at legen i sin kurative virksomhet er selvstendig næringsdrivende. Dette skal likevel ikke være til hinder for at leger kan organisere sin virksomhet i ulike selskapsformer. Dette er kommunen uvedkommende og skal ikke ha betydning for legenes rettigheter eller plikter i lov, forskrift og avtaler.

I avtalens punkt 3 er det fastslått av statsavtalen og rammeavtalen ved senere revisjoner skal søkes forhandlet parallelt og tas stilling til samlet, med mindre partene er enige om å fravike dette.

Det følger av avtalens punkt 4.1 at det skal opprettes et allmennlegeutvalg, som skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet slike utvalg, hvor alle allmennleger deltar.

Det følger av avtalens punkt 4.2 at det skal opprettes et samarbeidsutvalg i hver kommune, eventuelt et felles samarbeidsutvalg for flere kommuner. Utvalget er partssammensatt og skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen. Det lokale samarbeidsutvalget (LSU) skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og listeansvar. Det er kommunen som skal ta initiativ til at det blir opprettet et samarbeidsutvalg. Medisinskfaglig rådgiver eller dennes stedfortreder har møteplikt i samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig.

I avtalens punkt 4.2.3 heter det at «Samarbeidsutvalget kan gi råd i saker som gjelder (oppstillingen er ikke uttømmende):

- fastlegeordningen slik den er beskrevet i lov, forskrift og avtaleverk
- planlegging av kommunens allmennlegetjeneste mht. kapasitet og lokalisering

- oppretting av legehjemler
- søkere til avtalehjemmel, ved uttalelse
- flytting av praksis
- midlertidig legemangel
- kollegial fraværdekning og vikarordninger
- fordeling og tilplikting av offentlige legeopp-gaver
- kvalitetsarbeid/kvalitetsindikatorer mht. ventetid, telefoniltgjengelighet, sykebesøk til egne pasienter mv.
- forslag til rapporteringsrutiner
- generelt om listelengde og listereduksjon
- organisering av legevakt
- fordeling av legevakt etter kontortid og øyeblikkelig hjelp på dagtid, herunder vaktfritak
- suspensjon av ordningen

I avtalens punkt 5 til 11 er tildeling av avtalehjemler, plikt til organisering av fastlegeordning, plikt til informasjon m.m. regulert.

I avtalens punkt 12.1 er plikten til å delta i allmennt medisinsk offentlig legearbeid regulert. Det følger av avtalen at:

«Kommunen kan pålegge legen deltidsstilling innen allmennt medisinsk offentlig legearbeid begrenset til 7,5 timer pr. uke ved fulltids virksomhet. Pålegget kan bare skje med kommunen eller interkommunalt selskap som arbeidsgiver (...).

Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene, herunder kunngjøre dem.

Deltidsstilling i allmennt medisinsk offentlig legearbeid gir legene rett til reduksjon i listelengde.

I forbindelse med pålegg skal kommunen tilstrebe en lik fordeling av disse oppgaver mellom kommunens allmennleger»

I avtalens punkt 12.2 er det fastslått at det kan inngås avtale om samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid. Med andre ord er det ikke adgang for kommunen til å pålegge fastlegene slike oppgaver. Dersom det inngås avtale om samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid medfører det en rett for fastlegen til krav om reduksjon av listelengde. Tilsvarende gis fradrag i plikt til allmennt medisinsk offentlig legearbeid etter punkt 12.1.

Det følger av punkt 13.1 at full tids kurativ virksomhet innebærer en gjennomsnittlig åpningstid på minst 28 timer per uke 44 uker i året. Lengre fravær uten vikar skal meddeles kommunen i så god tid som praktisk mulig. Annen åpningstid enn i tidsrommet mellom kl. 08-16 i ukens fem første

dager kan fra kommunens side ikke settes som vilkår for avtaleinngåelse, men kan avtales mellom legen og kommunen.

I avtalens kapittel 13 til 16 reguleres tilgjengelighet, fravær, varighet av individuelle avtaler, inn-tak av vikar m.m.

For Oslo kommune er det inngått en egen avtale med Legeforeningen. Denne avtalen er på noen punkter mer utdypende enn KS-avtalen, for eksempel vedrørende øyeblikkelig hjelp og legevakt. Utover dette inneholder avtalene hovedsakelig de samme elementene.

19.2.3.3 Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening

Særavtalen (SFS 2305) regulerer vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen. Avtalen er inngått med hjemmel i Hovedtariffavtalen (HTA) kapittel 0, og bestemmelsene i HTA gjelder med mindre annet fremgår (§ 1 punkt 1.1). I tillegg gjelder forskrift om fastlegeordning i kommunene, Statsavtalen og Rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen (§ 1 punkt 1.2).

Avtalen regulerer lønn, arbeidstid, praksiskompensasjon ved fravær fra kontorpraksis på grunn av offentlig legearbeid, kommunalt organisert øyeblikkelig hjelp på dagtid, legevakt utenom ordinær åpningstid, legevakt i interkommunal legevaktsentral i tiden 23.00 – 08.00, reisetillegg, utdanningspermisjoner, spesielle forhold for turnusleger, samt samfunnsmedisin.

Avtalen regulerer blant annet vilkår for fastleger ansatt i kommunen. Det går frem av Særavtalen § 4.1 at det i henhold til fastlegeforskriften § 12 a) ikke kan stilles vilkår om listeansvar utover 1 500 innbyggere ved fulltids kurativ praksis.

I avtalen reguleres også legevakt utenom ordinær åpningstid, jf. § 7. Det fremgår av 7.1 at fastlønnen lege og allmennlege med individuell avtale plikter å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid, herunder interkommunal legevakt.

Det følger av 7.3 i avtalen at det gis fritak fra legevakt når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. Gravide gis etter forespørsel fritak i de 3 siste månedene av svangerskapet, og ellers når graviditeten er til hinder for deltakelse. I 7.4 fremgår det at det gis fritak til leger som har fylt 60 år, dersom vedkommende lege ønsker det.

Etter 7.5 kan kommunen gi fritak når legen av personlige grunner ber om det og arbeidet uten skade kan utføres av øvrige leger. Det skal tas særlig hensyn til leger over 55 år.

19.2.3.4 Individuelle avtaler mellom kommune og fastlege

De individuelle avtalene synliggjør kommunens oppfølging av sine forpliktelser i henhold til lov, forskrifter og sentralt avtaleverk om fastlegeordningen, og legenes ansvar for innbyggere på sin liste og for eventuelle kommunale legeoppgaver.

Gjennom den individuelle fastlegeavtalen, skal kommunen sikre befolkningen et tilbud om fastlege og tilgjengelighet til denne tjenesten. Kommunen må samtidig sikre ivaretagelse av andre legeoppgaver som kommunen har behov for at fastlegene skal ivareta. De individuelle avtalene er, i kombinasjon med det lokale samarbeidsutvalget (LSU), kommunens viktigste styringsverktøy for å sikre ivaretagelse av lovpålagte kommunale oppgaver. I henhold til fastlegeforskriften og rammeavtalen kan kommunen stille en rekke vilkår for inngåelse av fastlegeavtale.

19.2.3.5 Kollektivavtalen – avtale mellom Helsedirektoratet og Den norske legeforening

Partene i kollektivavtalen er Legeforeningen og Helsedirektoratet, og gjelder for medlemmer av Legeforeningen som har rett til refusjon etter folketrygdloven § 5-4, og som ikke er utelukket fra denne retten etter § 25-6 om tap av retten til å praktisere for trygdens regning.

Avtalen gjelder den praktiske gjennomføringen av ordningene med direkte oppgjør som følger av folketrygdloven § 22-2 jf. 22-1 og skal bidra til oversiktlige og forutsigbare forhold. Avtalen skal videre blant annet sikre at riktig stønad utbetales direkte til legen uten unødig opphold.

Kollektivavtalen supplerer lov og forskrift vedrørende det økonomiske oppgjøret mellom medlemmer av Legeforeningen og HELFO i de tilfeller legen har inngått avtale om direkte oppgjør for utgifter til legehjelp. Oppgjørsordningen i avtalen er begrenset til godtgjørelse for undersøkelse og behandling i henhold til folketrygdloven §§ 5-1 og 5-4, og gjeldende forskrift.

Kollektivavtalen gjelder for alle medlemmer av Legeforeningen uten individuell tiltredelse av avtalen. Fastleger som ikke er medlem av Legeforeningen må inngå individuell avtale med HELFO, såkalt mønsteravtale for direkte oppgjør. Det følger av kollektivavtalens punkt 2 at også lege som yter øyeblikkelig hjelp har rett til å kreve refusjon etter direkteoppgjørsordning selv om legen ikke har direkteoppgjørsavtale.

Det følger av avtalens punkt 5 at legen som hovedregel skal fremsette refusjonskravet elektronisk over linje. Fra 1. januar 2010 ble dette kravet forskriftsfestet med hjemmel i folketrygdloven § 22-2, se forskrift 15. oktober 2009 nr. 1287. Legen har ansvaret for at de opplysninger som vedkommende gir er korrekte og tilstrekkelige for å kunne ta stilling til refusjonskravet.

I avtalens punkt 7 fremgår det at refusjonskravet skal være i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. Dersom HELFO finner at kravet ikke er i samsvar med gjeldende lover og forskrifter, kan ulike virkemidler benyttes. HELFO kan, avhengig av alvorlighetsgrad, gi generell eller spesifikk informasjon, gi pålegg om endret takstbruk, tilbakeholde eller avkorte kravet, eller kreve tilbakebetaling av utbetalt oppgjør.

19.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

19.3.1 NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt

I utredningen uttales det på side 78 at:

«Utvalget ser samtidig behov for at myndighetene kan sette tydeligere kvalitets- og funksjonskrav til fastlegene. Hensikten må blant annet være å sikre at fastlegene på en god måte ivaretar behovene til de listepasientene som trenger det mest. Lov og avtaler gir den enkelte fastlege plikter og ansvar for organiseringen av praksis overfor brukerne. Utvalget ser behov for å innarbeide tydeligere kvalitets- og funksjonskrav i avtaleverket. Som et eksempel er det viktig at kommunene sikrer at fastlegene følger opp det økende antall beboere i omsorgsboliger på en god måte. Mange av disse har et funksjonsnivå på linje med tidligere sykehjemspasienter, og trenger derfor et forsvarlig legetilsyn for å kunne bli boende i en omsorgsbolig.»

Videre uttales det på side 79 at

«Utvalget har ikke grunnlag for å si at reduksjon av øvre listetak vil ha gode konsekvenser for samhandlingen i helsetjenesten.»

Utvalget viser til at det har vært en svært liten økning i fastlegenes medvirkning i offentlig legearbeid, blant annet i sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Utvalget mener at kommunene gjennom en bedre fordeling av allmennmedisinske offentlige oppgaver kan øke fastlegenes

forståelse for kommunenes øvrige arbeid med helse- og omsorgstjenesten, og dermed bedre integrere fastlegene i tverrfaglig samarbeid.

Utvalget peker på følgende muligheter for kommunene til å oppnå bedre samhandling:

- Sikre tilstrekkelig kapasitet til å kunne tilby innbyggere reell valgmulighet ved ønske om bytte av fastlege (dvs. minimum to ledige lister å bytte til) og mulighet for ny vurdering hos annen fastlege.
- Bruke den individuelle fastlegeavtalen til å sikre allmenntilleggsressurser i blant annet sykehjem.
- I samarbeid med legene sikre at det er tilgjengelig til øyeblikkelig hjelp frem til det tidspunktet legevaktordningen overtar.
- Som kontraktspart følge opp at fastlegen overholder sine forpliktelser blant annet med hensyn til tilgjengelighet. Ventetid på time og telefonliggjengelighet er tilgjengelighetsaspekter som bør følges opp.
- Opprette kombinerte legestillinger for å sikre en større helhet i det offentlige legearbeidet, og for å gi kommunene en større grad av fleksibilitet med hensyn til organisering av legetjenesten.

Det fremheves også av utvalget at det er viktig at samfunnsmedisin inngår i de oppgaver som kommunen kan pålegge fastlegene gjennom fastlegeavtalen.

19.3.2 St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen

Fastlegenes rolle omtales i hovedsak i kapittel 8 i meldingen. Det uttales at regjeringen vil legge til rette for at veksten i legetjenesten i hovedsak kommer i kommunene, og at fastlegene i hovedsak skal være selvstendige næringsdrivende. Videre er det i meldingen uttalt at departementet blant annet vil vurdere å øke timeantallet for den kommunale påleggshjemmen for allmenntilleggsressurser offentlig legearbeid, og at det i tillegg vil vurderes om også følgende oppgaver skal inngå i det allmenntilleggsressurser offentlige legearbeid:

- undervisning av studenter, turnusleger, spesialistkandidater, annet helsepersonell
- veiledning av utdanningskandidater i allmenntilleggsressurser
- tverrfaglig samarbeid
- praksiskonsulenter/samarbeidsleger
- legevakt som allmenntilleggsressurser offentlig oppgave
- delta i rehabilitering i kommunal regi

- bidra i lærings- og mestringssentra i kommunal regi
- forebyggende helsetjenester i tillegg til helsestasjon og skolehelsetjeneste

Det vurderes å tydeliggjøre at kommunelegerollen er en viktig premissleverandør for kommunal planlegging, blant annet for utvikling av gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekket helsebehov i befolkningen, bringe kunnskap om helseforhold inn i budsjettarbeid, plan- og beslutningsprosesser og gi råd om hvilke alternative tiltak som kan gi bedre tilbud til befolkningen, samt ha en sentral rolle i styringsdialogen med fastlegene.

I stortingsmeldingen er det lagt opp til en sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side, for å sikre at en økt kapasitet kanaliseres til prioriterte grupper og oppgaver. Det foreslås at dette må skje langs flere akser. For det første må dette skje gjennom en tydeligere kommunal styring av de allmenntilleggsressurser offentlige oppgavene legene kan pålegges. For det andre må det være en tydeligere kommunal styring på den kurative delen av arbeidet for å sikre at fastlegenes praksis innrettes i tråd med helsepolitiske prioriteringer. Videre må det være en tettere oppfølging av at legenes praksis på alle områder er i tråd med nasjonale krav og forventninger til god medisinsk praksis.

Det er uttalt at denne utviklingen av et siktemessig samspill mellom styrings- og avtaletiltak i fastlegeordningen skal skje gjennom dialog med berørte organisasjoner. Det uttales at:

«I det videre arbeidet vil bl.a. forskrift og sentralt avtaleverk bli gjennomgått med sikte på endringer som innebærer:

- Innføring av funksjons- og kvalitetskrav til utøvelsen av fastlegevirksomheten.
- Innføring av bestemmelser som gir kommunene sterkere posisjoner i forbindelse med ledelse og prioritering av allmenntilleggsressursene og som skal bidra til å sikre fastlegenes samhandling med andre.
- Vurdering av bestemmelser om listelengde
- En helhetlig gjennomgang av finansieringssystemet for fastlegevirksomhet og de allmenntilleggsressurser offentlige oppgaver. En slik gjennomgang vil omfatte dagens finansieringsordning, herunder takstsystem og insentiver for legene, forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og basistilskudd, og økt finansieringsansvar til kommunene.»

19.3.3 Innst. 212 S fra helse- og omsorgskomiteen

Under Stortingets behandling av samhandlingsmeldingen, viser komiteens flertall til Norges forskningsråds evaluering av fastlegeordningen hvor det fremkommer at ordningen i hovedsak har vært vellykket, og at det derfor er god grunn til å beholde de grunnleggende strukturer i dagens fastlegeordning. Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, deler denne oppfatning, men er likevel opptatt av at ordningen kan utvikles på en del områder og mener disse områdene er viktige i samhandlingsreformen.

Dette flertallet uttaler at man:

«(...) legger til grunn at regelverket gjennomgås for å legge et tydeligere nasjonalt rammeverk med sikte på at denne viktige gruppen kan bidra til å løfte samhandlingsreformens mål for det kommunale helsearbeidet. Dette inkluderer tydeligere kommunal styring av de allmennmedisinske oppgavene legen kan pålegges.»

Flertallet i komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at det tidligere har vært mangelfull kommunal styring med fastlegene, og mener at en sterkere styring vil være riktig. Videre gis det støtte til en bedre ledelse og styring av allmennlegetjenesten, både av de allmennmedisinske offentlige legeopp-gavene, av at kurativ praksis er i tråd med helsepolitiske prioriteringer og at oppfølging av legers praksis ut fra nasjonale kvalitets- og funksjonskrav er i tråd med god medisinsk praksis. I den forbindelse ønsker komiteen at det innledes et samarbeid mellom berørte myndigheter, KS, Den norske legeforening og andre relevante fagmiljøer for å få etablert ordninger med faglig støtte for kommunehelsetjenesten, herunder fastlegenes arbeid. Videre ønsker komiteen at det bør innføres systemer med regelmessige tilbakemeldinger til fastlegen om egen og andres praksis på prioriterte samfunnsmedisinske områder, slik som sykemeldingspraksis, legemiddelpraksis og henvisningspraksis.

Komiteen er enig i at det må gjennomføres et arbeid for å etablere nasjonale funksjons- og kvalitetskrav til fastlegevirksomheten. Videre viser komiteen til at meldingen angir at det vil være behov for en vekst i legetjenestene i kommunene. Komiteen deler denne oppfatningen og uttaler at det er behov for en slik vekst slik at offentlige

legeopp-gaver kan dekkes bedre, at omsorg for kronikergrupper kan gis bedre tid, og at det blir ressurser for utvikling av praksiskonsulentordningen og forskning i allmennpraksis.

Komiteen ber også Regjeringen om å styrke faglige og organisatoriske krav til kommunal legevakt, samt samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Dette foreslås gjennomført i forbindelse med arbeidet med Nasjonal helseplan, og fortrinnsvis gjennom en utvidelse av akuttmedisinforskriften, eventuelt gjennom en egen forskrift for kommunal legevakt. Komiteen mener det gir grunn til bekymring at bare halvparten av fastlegene deltar i legevakt, da disse er ment å utgjøre ryggraden i legevaktjenesten.

19.4 Kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen

19.4.1 Forslag i høringsnotatet

Det fremheves i høringsnotatet at de legetjenester som kommunen besørger i utgangspunktet er gode, og at fastlegereformen på mange områder har vært vellykket. Departementet foreslo derfor å videreføre de grunnleggende strukturer fastlegeordningen bygger på. Det innebærer å videreføre kommunens plikt til å sørge for en fastlegeordning.

Videre ble det uttalt at det er viktig å fastslå at fastlegeordningen er et offentlig organisert, og i hovedsak et offentlig finansiert, tjenestetilbud. Det er viktig å tydeliggjøre at det er kommunen som skal sørge for allmennlegetjeneste til befolkningen, herunder fastlegeordning, jf. lovforslaget § 3-2. Departementet ga uttrykk for at en tydeliggjøring av kommunens ansvar ville kunne redusere risikoen for at nasjonale fastsatte krav ikke blir vektlagt tilstrekkelig av avtalepartene.

Et annet moment som ble trukket frem ved tydeliggjøringen av kommunens ansvar, var å understreke at det er kommunen som har et overordnet ansvar for å påse at de nasjonale krav som følger av forskrift og avtale blir fulgt, og for å tilrettelegge slik at fastlegen kan oppfylle sitt ansvar.

Det ble understreket i høringsnotatet at den enkelte fastlege har et selvstendig ansvar overfor sine pasienter for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4. Kommunens overordnede ansvar for å tilby forsvarlige fastlegetjenester skal ikke rokke ved fastlegenes ansvar for forsvarlig helsehjelp.

De lovfestede pasientrettighetene i dagens fastlegeordning ble foreslått videreført i pasientrettighetsloven. Hjemmel for departementet til å

gi nærmere regler om fastlegeordningen ble også foreslått videreført.

19.4.2 Høringsinstansenes syn

En overvekt av kommunene som uttaler seg om tydeliggjøringen av kommunens overordnede ansvar støtter departementets presisering. Blant annet *Tromsø kommune* uttaler:

«Etter Tromsø kommunes mening synes de endringer som er foreslått i lovutkastet å virke formålstjenelige. Det er positivt at det tydeliggjøres at det er kommunen og ikke den enkelte fastlege som har det overordnede ansvaret for at innbyggerne i kommunen tilbys fastlegetjenester.»

Helsedirektoratet støtter også departementets tydeliggjøring og uttaler at:

«Helsedirektoratet støtter at det er nødvendig å tydeliggjøre fastlegenes rolle som en integrert del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunen må for å kunne oppfylle sitt sørge-for ansvar kunne styre fastlegene, og dette må reguleres ved endringer i fastlegeordningen. Fastlegenes deltakelse er vesentlig for gjennomføringen av samhandlingsreformen.»

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon uttaler:

«FFO mener det er viktig å tydeliggjøre kommunens ansvar for å levere allmennlegetjenester. Det er også viktig å utvikle den fastlegeordningen vi har i dag, slik at den på en god måte kan ivareta tjenestene både til pasienter med mer omfattende og sammensatte tjenestebehov og til de pasienter som av ulike årsaker ikke oppsøker fastlegekontoret, men som har et uttalt behov for legetjenester.»

Statens helsetilsyn:

«Vi er enig i presiseringen av at fastlegeordningen er et offentlig organisert tjenestetilbud. Funn fra det pågående tilsynet med kommunale helse- og sosialtjenester til eldre, tyder på at både kommuner og fastleger har behov for en tydeliggjøring av fastlegetjenestens oppgaver og ansvar, og av samarbeid med andre tjenester om det samlede tilbudet til pleietrengende hjemmeboende eldre. (...)

Vi støtter tydeliggjøringen av at det er kommunen, og ikke den enkelte fastlege, som har

det overordnede ansvaret for at innbyggerne i kommunen tilbys fastlegetjenester. Det understrekes at økt styring innebærer et krav til kommunene om å ha tilstrekkelig faglig kompetanse for å kunne utøve forsvarlig styring av den kommunale allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordning. Det er imidlertid vanskelig å lese ut av høringsnotatet hva det innholdsmessig legges i begrepet styring.»

Mange kommuner har uttalt at de i dag mangler muligheter til å styre fastlegene og dette må sikres bedre i den nye loven. Blant annet *Oslo kommune* uttaler:

«Selv om det er et omfattende avtaleverk er styringsmulighetene for kommunen begrenset. Dette gjelder eksempelvis manglende reaksjonsmuligheter ved mislighold av avtalen.»

Arbeidsgiverforeningen Spekter deler denne bekymringen og uttaler at:

«Spekter deler departementets vurdering om at manglende muligheter for kommunene til å styre fastlegene, kan være et hinder for god samhandling og samordning både innad i kommunens helhetlige helse- og omsorgstilbud og mellom kommuner og helseforetak.

Vi støtter derfor forslaget om sterkere styring av fastlegene gjennom endringer i fastlegeforskriften.»

Mange av kommunene har også gitt uttrykk for at det de savner er virkemidler overfor de legene som ikke oppfyller sine plikter, og at departementet må vurdere å innføre andre sanksjonsmuligheter enn oppsigelse av den individuelle fastlegeavtalen. *Halden kommune* uttaler at:

«En overføring av bestemmelser fra avtaler til forskrift vil kunne være nyttig, men som kommune savner vi først og fremst virkemidler overfor de få legene som ikke oppfyller sine plikter. Kommunen ønsker således andre sanksjonsmuligheter enn oppsigelse av den individuelle fastlegeavtalen.»

Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) uttaler at en sterkere integrering av allmennlegetjenesten vil kreve flere virkemidler, deriblant styringsredskaper. Det uttales også at:

«Det viktigste styringsmiddelet for å sikre en godt integrert allmennlegetjeneste er å ha en

gjensidig dialog mellom legen og kommuneadministrasjonen. I det daglige arbeidet skjer dette gjerne gjennom partssammensatte utvalg (lokale samarbeidsutvalg). Fastlegene er også forpliktet til å følge den individuelle avtalen som er inngått med kommunen.

En innføring av «prestasjonsavhengig finansiering» vil kunne gi kommunen sterkere mulighet til å sikre at kvalitets- og funksjonskrav blir fulgt opp, og bidra til at det som avtales mellom kommunene og fastlegene også følges opp i praksis. Dette vil imidlertid være et helt nytt virkemiddel, med risiko for å vri fokuset over fra dialog til økonomisk straff og belønning. For å få legitimitet må et slikt virkemiddel formaliseres i avtaleverk eller liknende. Det må etableres prosedyrer, forhandlingsrett og klagerett. Forholdet til forvaltningsloven må avklares.»

Den norske Legeforening mener det er feil bruk av virkemidler som departementet foreslår i høringsnotatet. Legeforeningen er skeptisk til sterkere regulering gjennom lov/forskrift og til mer ensidig kommunal styring. Legeforeningen uttaler:

«Etter Legeforeningens vurdering er det et forpliktende samarbeid, og ikke ensidig styring, som er oppskriften på videreutvikling av ordningen. Et forpliktende samarbeid vil medføre bedre tilpasninger og ansvarstaking av flere, enn ved ensidig styring, som er oppskriften på videreutvikling av ordningen. Et forpliktende samarbeid vil medføre bedre tilpasninger og ansvarstaking av flere, enn ved ensidig styring. (...)

Fastlegeordningen har et ideologisk og styringsmessig grunnlag i det trepartssamarbeid den er tuftet på. Den tok utgangspunkt i de erfaringer man hadde med allmennlegetjenesten i kommunene og det var et klart mål at fastlegeordningen skulle være en nasjonal ordning, med styring gjennom et sentralt trepartssamarbeid. Dette samarbeidet mellom ansvarlig myndighet, bestiller (kommunene) og utfører (fastlegene) har vært avgjørende for gjennomføringen og suksessen med ordningen.»

Akademikerne uttaler:

«Avtalebaserte løsninger gir forpliktelse, engasjement og mulighet for fleksibel tilpasning i tråd med skiftende behov. De totale rammebetingelser er et resultat av et sett ulike virkemid-

ler. Endring i balanseforholdet mellom de ulike virkemidlene kan påvirke strukturelle forhold i ordningen på en uønsket måte.»

Når det gjelder spørsmålet om hvem som er faglig ansvarlig for tjenestene og kommunens mulighet til å overprøve fastlegenes medisinske faglige avgjørelser, uttaler Legeforeningen:

«Departementet nevner flere ganger at henvisningspraksis skal monitoreres og styres av kommunen. Her vil Legeforeningen presisere at det fortsatt må være fastlegen som tar den medisinske faglige avgjørelsen om hvem som trenger spesialisthelsetjenester i tråd med det som utvikles av faglige standarder. Vi stiller spørsmål ved hvordan en kommunal instans skal kunne overprøve diagnosegrupper eller enkelthenvvisninger til sykehusinnleggelse (av innsparingshensyn, jf. kommunal medfinansiering), ei heller at kommunene ønsker å påta seg et slikt ansvar.

Dette betyr at det må være tett og forpliktende samarbeid mellom fastleger og kommunene, og at kommunene også vil ha ulike behov for å få bistand fra fastlegene i sin totale oppgaveløsning. Dette samarbeidet kan flere steder bedres. Utvikling av allmennlegetutvalget og lokalt samarbeidsutvalg er en sentral del av dette. God og tett dialog og etablerte arenaer for en slik dialog, kan aldri erstattes med ensidig styring dersom kvalitet og pasienthensyn skal vektlegges.»

19.4.3 Departementets vurderinger

Departementet mener at utgangspunktet er at de legetjenester som kommunen besørger er gode og at fastlegereformen på mange områder har vært vellykket. Dette er en oppfatning høringsinstansene ser ut til å dele. Departementet vil derfor foreslå å videreføre de grunnleggende strukturer fastlegeordningen bygger på. Departementet foreslår å videreføre kommunens plikt til å sørge for en fastlegeordning. De lovfestede pasientrettighetene i dagens fastlegeordning foreslås videreført i pasientrettighetsloven, se omtale i kapittel 29. Hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om fastlegeordningen foreslås også videreført.

De aller fleste av høringsinstansene deler departementets ønske om å tydeliggjøre at fastlegetjenesten er et offentlig og kommunalt forankret tjenestetilbud. Departementet anser det derfor først og fremst som viktig å understreke at alle

delers av fastlegeordningen er et kommunalt ansvar. Det er kommunen, og ikke den enkelte fastlege, som har det overordnede ansvaret for at innbyggere i kommunen tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale forutsetninger. Departementet vil derfor foreslå å tydeliggjøre i revidert fastlegeforskrift at det er kommunen som er pliktsubjekt for aktuelle krav knyttet til fastlegeordningen, og følgelig har det overordnede ansvaret for at innbyggerne tilbys gode og forsvarlige allmennlegetjenester. Dette for å forhindre en uønsket utydelighet om hvem som har det overordnede ansvaret for allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen.

Departementet mener det er viktig å presisere at dette gjelder uavhengig av om tjenesten utføres av leger som er ansatt i kommunen eller av leger som er selvstendig næringsdrivende med fastlegeavtale. Det er viktig å understreke at fastlegeordningen er et offentlig organisert, og i hovedsak et offentlig finansiert, tjenestetilbud. Det er kommunen som skal sørge for allmennlegetjenester til befolkningen, herunder fastlegeordning, jf. lovforslaget § 3-2. De tjenestene som fastlegene yter til personer på sin liste på vegne av kommunene er offentlige allmennlegetjenester på lik linje med øvrige allmennlegetjenester som ytes i kommunene.

Departementet er av den oppfatning at en tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar i fastlegeforskriften for fastlegeordningen vil redusere risikoen for at nasjonale fastsatte krav ikke vektlegges tilstrekkelig av avtalepartene. Det kan også stimulere kommunen til å se fastlegefunksjonen i sammenheng med sitt øvrige tjenestetilbud og til en mer aktiv styring av allmennlegetjenesten enn i dagens situasjon. Et eksempel hvor dette er viktig, er i forbindelse med beredskapsarbeid og krisehåndtering, og som grunnlag for samarbeid mellom leger og andre deltjenester. En presisering av ansvaret kan også bidra til en tydeliggjøring av fastlegene som en naturlig del av det helhetlige kommunale helse- og omsorgstilbudet. Dette gjelder uavhengig av om fastlegen er selvstendig næringsdrivende eller fast ansatt i kommunen.

Høringsuttalelsene viser at selv om mye i fastlegeordningen fungerer bra, er det likevel rom for forbedringer i ordningen. Høringssvarene fra kommunene kan tyde på at de ikke er utrustet med tilstrekkelige virkemidler for å ivareta det overordnede ansvaret de har for allmennlegetjenesten. I hvert fall gir flere av kommunene tilsynelatende uttrykk for dette ved at de uttaler at man ønsker en sterkere styring med fastlegene, og

imøteser endringene i ordningen som vil sikre dette. For eksempel ber flere av kommunene uttrykkelig om at departementet vurderer andre sanksjonsmuligheter enn avtaleoppsigelse overfor fastleger som ikke oppfyller sine plikter.

Departementet er av den oppfatning at eventuelle manglende muligheter for kommunene til å styre fastlegene, kan være et hinder for god samhandling og samordning både innad i kommunenes helhetlige helse- og omsorgstjeneste og mellom kommuner og helseforetak. De nasjonale krav om fastlegenes virksomhet som ligger i regel- og avtaleverket, har kommunen et overordnet ansvar for å tilrettelegge for fastlegen, samt sørge for at blir etterlevd. Kommunene må også sørge for at deres fastlegeavtaler med enkeltleger eller legekontorer sikrer etterlevelse av slike nasjonale krav, og påse at nasjonale krav faktisk blir fulgt. Kommunen må ved arbeids- eller driftsavtale med den enkelte fastlege legge til rette for at de nasjonale kravene kan etterleves, og ha en slik sikring som del av sitt internkontrollsystem. Det innebærer også et krav til kommunene om å ha tilstrekkelig faglig kompetanse for å kunne utøve en forsvarlig styring av den kommunale allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen.

Det er en forutsetning for at kommunen skal være i stand til å overholde det overordnede ansvaret for allmennlegetjenesten at de har tilstrekkelige gode styringsmuligheter til å korrigere de fastlegene som ikke oppfyller sine plikter. Som nevnt gir flere kommuner uttrykk for at dette ikke er tilfellet i dag. Departementet tar til etterretning at flere kommuner ønsker andre sanksjonsmidler enn oppsigelse av fastlegeavtalen, og tar dette med i det videre arbeidet med en ny revidert fastlegeforskrift. Departementet mener det er avgjørende for en god allmennlegetjeneste at kommunene har tilstrekkelige virkemidler som setter dem i stand til å kunne overholde det overordnede ansvaret de har for tjenesten. Denne problemstillingen blir derfor en viktig del av arbeidet med en videreutvikling av fastlegeordningen (se punkt 19.7.3).

Legeforeningen uttaler at det er viktig å presisere at det er fastlegen som har det medisinske faglige ansvaret overfor innbyggerne på sin liste. Departementet deler denne oppfatningen og vil derfor understreke at den enkelte fastlege har et selvstendig ansvar overfor sine pasienter for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4. Med andre ord er det ikke slik at kommunens overordnede ansvar for å tilby en forsvarlig allmennlegetjeneste rokker

ved fastlegenes ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse. Kommunene skal ikke overstyre de medisinske faglige avgjørelsene fastlegene tar i sin daglige praksis. Departementet vil i denne forbindelse også nevne helsepersonelloven § 6, hvor det fremgår at fastlegene har et ansvar for å sørge for at helsehjelpen ikke påfører andre, herunder kommunen, unødige tidstap eller utgifter. Fastlegene må med andre ord innrette sin virksomhet slik at kommunen ikke påføres unødvendige utgifter.

19.5 Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering

19.5.1 Forslag i høringsnotatet

For å sikre at bestemte nasjonale kvalitets- og funksjonskrav blir en del av enhver fastlegepraksis, foreslo departementet i høringsnotatet å presisere i forskriftshjemmelen om fastlegeordningen at departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilke nasjonale kvalitets- og funksjonskrav som skal stilles til fastlegevirksomhet.

19.5.2 Høringsinstansenes syn

En stor overvekt av høringsinstansene er positive til departementets forslag til hjemmel om kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen. *Statens helsetilsyn* uttaler:

«Det er positivt å sette nasjonale kvalitets- og funksjonskrav på dagsordenen. Tydelig formulerte kvalitets- og funksjonskrav kan føre til større forutsigbarhet for innbyggerne, være et nyttig arbeidsredskap for fastlegene og et nødvendig verktøy for kommunens styring av tjenestene.»

Legeforeningen stiller seg også positive til forskriftsregulering av kvalitets- og funksjonskrav og uttaler:

«Legeforeningen er enig i at dette kan være et hensiktsmessig virkemiddel når det gjelder overordnede krav til å implementere nasjonale kvalitetsstandarder og rapporteringssystemer. Her er det tale om å forplikte kommunene og legene til å anvende nasjonale systemer for monitorering av utvikling av fastlegeordningen, herunder sikre at det ikke utvikles ulike lokale løsninger.»

KS er enige i departementets forslag om å innføre kvalitets- og funksjonskrav, men påpeker at dette må ses i kommunalt perspektiv. Det uttales at:

«KS er enig i nødvendigheten av gode kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon. KS vil bidra til at systemene får et kommunalt perspektiv. Kvalitets- og funksjonskravene må oppfattes som nyttige, at de bidrar til kvalitetsutvikling i tjenesten og at de egner seg som styringsinformasjon for folkevalgte organer.»

19.5.3 Departementets vurderinger

Departementet ser det som svært positivt at de fleste høringsinstansene støtter forslaget om at det bør gis en forskriftshjemmel for departementet til å stille kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen. For å sikre at bestemte nasjonale kvalitets- og funksjonskrav kan bli en del av enhver fastlegepraksis, vil departementet derfor opprettholde forslaget om å presisere i forskriftshjemmelen til fastlegeordningen i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov at departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilke nasjonale kvalitets- og funksjonskrav som skal stilles til fastlegevirksomhet.

Begrepet «fastlegevirksomhet» omfatter både den enkelte fastlege og hele virksomheten som tjenestetilbudet omkring en fastlege er avhengig av. Eventuelle krav til fastlegevirksomhetene vil på et overordnet nivå være krav til kommunen som er ansvarlig for fastlegeordningen. Dette er i tråd med de føringer som ligger i samhandlingsmeldingen og fra helse- og omsorgskomiteens flertall i Innst. 212 S (2009-2010).

Når det gjelder etablering av systemer med regelmessige tilbakemeldinger til fastlegene om egen og andres praksis på prioriterte samfunnsmedisinske områder, vil departementet sikre at dette blir ivaretatt i prosessen med en eventuell etablering av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Det vil også være aktuelt at fastlegene får regelmessig tilbakemelding om egen og andres praksis knyttet til disse.

19.6 Legefordeling til kommunehelsetjenesten

19.6.1 Forslag i høringsnotatet

Fordi en god legefördeling i landet har høy prioritet, vurderte departementet det som hensiktsmessig å videreføre hjemmelen for å regulere antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelse-

tjenesten og antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet. Da vil en sterkere styring ved fastsetting av rammer for legefördeling igjen kunne innføres raskt, dersom det skulle vise seg at utviklingen går i en uønsket retning. I høringsnotatet foreslo derfor departementet å videreføre bestemmelsen i dagens kommunehelsetjenestelov § 1-1a i nt lov.

19.6.2 Høringsinstansenes syn

En del kommuner har uttalt at de anser det som viktig at det utvikles tiltak som evner å håndheve legefördelingssystemet.

Bjerkreim kommune uttaler om lovforslaget § 12-2:

«Det synest ulogisk at kommunane skal få større ansvar for helsetenestene, samtidig som departementet fortsatt skal detaljstyra talet på medarbeidarar (legar) i kommunehelsetenesta. Ordninga bør anten opphøra, eller videreførast med lovfesta medverknad frå kommunal sektor, t.d. Kommunenes Sentralforbund.»

Helsedirektoratet uttaler om lovforslaget § 12-2:

«Dersom det innføres en ordning med nybegynnerstilling for leger vil vi anbefale at § 12-2 presiseres til også omfattes denne type stillinger for leger. (...)

Hvilke typer legestillinger som omfattes av dagens bestemmelser om legefördeling i kommunehelsetjenesteloven § 1-1 a første ledd kan synes uklart, og direktoratet ser derfor et behov for å presisere dette nærmere i den nye loven.»

19.6.3 Departementets vurdering og forslag

Som beskrevet foran kan departementet i dag, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1a, fastsette årlige rammer for antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten og antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet. Denne ordningen ble innført fra 1. januar 1999. Formålet med ordningen var å sikre en bedre nasjonal fördeling av leger.

Departementets beslutning om fordelingsrammen er basert på råd fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling. Siden innføringen av fastlegeordningen har det ikke vært fastsatt rammer for nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten. Dette fordi det har vært ønsket vekst i allmennlegetjenesten.

Erfaringene de siste 10 årene viser at det ikke skjer noen ukontrollert eller uønsket vekst i legestillinger i primærhelsetjenesten. Snarere ønskes nå en sterkere vekst i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Videre har, så vidt departementet er kjent med, alle søknader fra kommuner til Nasjonalt råd om nye hjemler fra kommunene blitt innvilget. Dette er argumenter for at det ikke er behov for å videreføre § 1-1 a.

Ved å avvikle denne ordningen, kan det bli enklere for kommuner å øke legekapasiteten. En god legefördeling i landet er imidlertid viktig, og departementet mener det fortsatt vil være behov for å overvåke allmennlegemarkedet. Dette kan ivaretas ved rapportering til direktoratet ved etablering av stillinger. Fordi en god legefördeling i landet har høy prioritet, vurderer departementet det likevel som hensiktsmessig å videreføre hjemmelen for å regulere antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten og antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet. Da vil en sterkere styring ved fastsetting av rammer for legefördeling igjen kunne innføres raskt, dersom det skulle vise seg at utviklingen går i en uønsket retning. Departementet foreslår derfor at forslaget i høringsnotatet om å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 1-1 a opprettholdes, jf. lovforslaget § 12-2. Departementet er enig med Helsedirektoratet i at ved innføring av en ordning med nybegynnerstilling for allmennleger bør det presiseres at § 12-2 også omfatter denne type stillinger for leger, ettersom utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten inngår i legefördelingssystemet, og det vises til de spesielle merknadene i kapittel 47.

19.7 Omtale av mulige forslag til endringer i fastlegeordningen

19.7.1 Omtale i høringsnotatet av mulige endringer i fastlegeforskriften

I høringsnotatet omtalte departementet ulike endringer som kan være aktuelle i fastlegeforskriften. Det ble presisert at forslagene er foreløpige og under forutsetning av Stortingets vedtakelse av ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov.

For det første ble det vist til at beskrivelsen av gjeldende rett illustrerer at det er svært vanskelig å ha en samlet oversikt over de ulike reguleringer som gjelder for fastlegeordningen. En forskrift er mer tilgjengelig enn ulike avtaler, både for den enkelte fastlege, kommunene og for innbyggerne. Tilgjengelighet gir også bedre forutberegnelighet og rettssikkerhet for brukerne av fastlegeordning.

gen. Videre la departementet vekt på det faktum at mange avtaler og flere avtaleparter med ulike interesser skaper lite rom for koordinert endring fra myndighetenes side. Departementet uttalte at dette taler for å samle sentrale rettigheter og plikter i fastlegeforskriften.

Videre foreslo departementet at det i forslag til ny revidert fastlegeforskrift bør tydeliggjøres at kommunen har det overordnede ansvaret for allmennlegetilbudet til befolkningen i kommunen og at fastlegen oppfyller ansvaret på vegne av kommunen. Dette for at det ikke skal være tvil om hvor ansvaret ligger for allmennlegetilbudet i kommunen.

Det ble uttalt i høringsnotatet at det tas sikte på å foreslå endringer i fastlegeforskriften som vil sikre kommunal styring av fastlegene i tråd med nasjonale helsepolitiske krav og prioriteringer. Det ble vist til at det blant annet er aktuelt å foreslå en presisering og tydeliggjøring av listeansvaret. Ved å presisere innholdet i listeansvaret vil kommunene få bedre muligheter til å styre fastlegene. Dette må sees i sammenheng med nye kvalitets- og funksjonskrav som vil kunne stilles til fastlegene. Ved at fastlegene får en rapporteringsplikt, vil kommunene lettere kunne se hva fastlegene faktisk gjør og følgelig ha muligheten til å komme med krav om korrigerende av fastlegenes arbeid i henhold til listeansvaret.

Når det gjelder innholdet i listeansvaret, uttalte departementet at man tar sikte på å presisere at listeansvaret til fastlegene dekker alle allmennlegeoppgaver for innbyggere på listen dersom ikke annet er spesifisert i regelverket, herunder individrettet forebyggende arbeid. Et viktig mål i samhandlingsmeldingen er tidlig identifisering og oppfølging av personer som har risiko for utvikling av kroniske lidelser. Departementet uttalte at fastlegene har et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasientene. For eksempel gjelder dette oppfølging overfor pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer, overvekt og type 2-diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolesterol.

Videre vil listeansvaret innebære forebygging, undersøkelse og behandling både når det gjelder problemstillinger innenfor fagområdene somatisk, psykisk helse og rus. I listeansvaret inngår også ansvar for koordinering av helse- og omsorgstjenester til innbyggere på listen. For pasienter med kroniske og sammensatte lidelser vil denne koordineringsfunksjonen strekke seg utover koordinering av legetjenester på tvers av nivåene. Fastlegene skal ikke kun yte tjenester til

pasienter som selv oppsøker legen på kontoret, men også gjennomføre hjemmebesøk til innbyggere som trenger dette. En proaktiv oppfølging av innbyggere på egen liste i tråd med faglige normer og nasjonale retningslinjer inngår. En slik proaktiv oppfølging kan innebære innkalling av personer som ikke selv oppsøker legen.

Departementet la i høringsnotatet til grunn at selv om listeansvaret presiseres og tydeliggjøres, vil det likevel være slik at kommunene kan velge å organisere oppgaver som inngår i listeansvaret, som for eksempel helseundersøkelser av barn, utenfor fastlegenes oppgaver. Presiseringen av listeansvaret skal ikke rukke ved kommunens frihet til å velge å organisere allmennlegeoppgaver utenfor fastlegeordningen, eller eventuelt utforme egne krav.

I høringsnotatet ga departementet eksempler på ulike kvalitets- og funksjonskrav som kan være aktuelle å ta inn i en revidert fastlegeforskrift, som for eksempel krav til tilgjengelighet. Departementet påpekte at for å nå målsettingen om et likeverdig offentlig helsetjenestetilbud til befolkningen, uavhengig av bostedskommune, vil det være legitimt og hensiktsmessig å stille nasjonale krav til det kvalitetsmessige og funksjonelle innholdet i fastlegetilbudet.

Ved at prioriterte oppgaver i sterkere grad forventes ivaretatt innenfor listeansvaret i fremtiden, foreslo ikke departementet å øke påleggshjemmelen på 7,5 timer. Det ble uttalt at en eventuell endring må sees i sammenheng med arbeidet med legevaktsordningen. Det ble likevel foreslått at timeantallet reguleres i fastlegeforskriften og ikke i avtaleverket.

Videre fremgår det av høringsnotatet at departementet vurderer i en senere høring å foreslå at begrepet «allmennmedisinske offentlige oppgaver» erstattes med «andre allmennlegeoppgaver i kommunen». Hovedformålet med denne endringen skal være å presisere at alle allmennmedisinske tjenester som ytes på vegne av kommunen er kommunale oppgaver, herunder de oppgavene fastlegene utfører som følge av sitt listeansvar. Samtidig vil departementet vurdere å foreslå at innholdet i begrepet endres, ved at dette forstås å dekke alle typer allmennlegeoppgaver, ikke kun de oppgaver som det er vist til i merknaden til forskriften som «allmennmedisinske offentlige oppgaver».

19.7.2 Høringsinstansenes syn

Mange av høringsinstansene har kommet med innspill til omtalen av mulige endringer i fastlege-

forskriften. Noen av høringsinstansene har likevel uttalt at de vil avvente med å komme med innspill til en fremtidig høring av endringer i fastlegeforskriften foreligger.

Flere av høringsinstansene stiller seg positive til departementets forslag om at sentrale rettigheter og plikter i fastlegeordningen bør forskriftsfestes. Blant annet *Oslo kommune* gir støtte til dette og uttaler at:

«Den nåværende ordningen er overregulert i en komplisert konstruksjon av avtaler mellom Den norske legeforening og ulike parter, jf. høringsnotatets pkt. 16.4.1 og 16.4.5. Det kan stilles spørsmål ved hensikten ved flere av disse avtalene. Oslo kommune er enig i vurderinger om at flere forhold som i dag reguleres i avtale bør reguleres i forskrift, og det er vår vurdering at hele avtalekonstruksjonen bør revurderes.»

Helsedirektoratet og *Statens helsetilsyn* støtter departementets vurdering om å regulere mer i forskrift og mindre i avtaler. Helsedirektoratet uttaler:

«Et stort antall avtaler knyttet til fastlegeordningen gjør det vanskelig å ha en samlet oversikt ordningen. Det er viktig å begrense omfanget av avtaler som skal sikre andre hensyn enn nasjonale helsepolitiske prioriteringer. Helsedirektoratet støtter departementets ønske om å samle større deler av reguleringen i forskrift.»

Legeforeningen er som nevnt under punkt 19.7.2 imot en dreining fra avtaleregulering til regulering i forskrift, og ser det som avgjørende for utviklingen av fastlegeordningen at den baseres på trepartssamarbeidet mellom departementet, KS og Legeforeningen. Det fremheves at avtaleregulering er den løsningen som best ivaretar ordningen og at:

«Forskriftsregulering bør forbeholdes forhold hvor myndighetspålagte forpliktelser er nødvendige for å oppnå en ønsket utvikling. Forskriftsregulering kan være hensiktsmessig for å oppnå ønsket prioritering og ressursallokering.»

KS ser det også som viktig å beholde det avtale-systemet man har i dag, og uttaler:

«KS vil ellers understreke at å bruke forskrift på området som i dag er avtaleregulert mellom

partene krever en særlig begrunnelse som dokumenterer at dette gir bedre måloppnåelse. Dette vil gjelde bestemmelser som bør gjelde generelt, eksempelvis tydeliggjøring av fastlegenes ansvar, institusjonalisert praksis, eksempelvis adgang til å pålegge fastlegene allmennmedisinske oppgaver, eller viktige virkemidler for styring, eksempelvis funksjons- og kvalitetskrav. KS vil imidlertid påpeke at det ligger et uutnyttet potensial i avtaleverket til å nå målene i samhandlingsreformen. En prosess basert på avtaler mellom partene vil fremstå med høy legitimitet og være ubyråkratisk. Avtaleinstituttet må derfor ikke undergraves av en for stor grad av forskriftsfesting.»

Når det gjelder omtalen av forslag til tydeliggjøring og presisering av listeansvaret, er det delte meninger blant høringsinstansene. Legeforeningen har ikke uttalt seg eksplisitt om høringsnotatets omtale av presisering av listeansvaret. Flere kommuner uttaler at fastlegenes ansvar for dem som står på listen må forsterkes, og at dette gjerne kan skje ved forskriftsregulering.

Statens helsetilsyn er positive til en eventuell presisering av listeansvaret, og påpeker at koordineringsansvaret til fastlegene må tydeliggjøres slik at rollen kan aksepteres av samarbeidsparter i samhandling, informasjonsutveksling, og kommunikasjon. Statens helsetilsyn er likevel skeptisk til departementets forslag om å tydeliggjøre fastlegenes ansvar for tidlig identifisering og oppfølging av personer som har risiko for utvikling av kroniske lidelser, og at det eventuelt kan vurderes å presisere at fastlegenes listeansvar inkluderer en proaktiv oppfølging for eksempel i form av innkalling av pasienter med risikofaktorer. De fleste hørings svar fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket, støtter Statens helsetilsyn på dette punktet.

Statens helsetilsyn uttaler i forbindelse med proaktiv oppfølging at:

«Vi er tvil om dette er et riktig tiltak og bygger det på flere synspunkter. Individuelt forebyggende helsearbeid er en naturlig del allmennlegenes arbeid. Sammensetningen av pasienter på fastlegens venteværelse er i endring. Tidligere var flesteparten subjektivt syke, mens andelen subjektivt friske med sannsynlighet for fremtidig sykdom nå øker i volum. Legens arbeid består i økende grad å identifisere målbarbare enkeltfaktorer, som f.eks. blodsukker, blodtrykk og benmasse, og å intervensere medikamentelt på uønskede verdier.

Denne dreiningen kan tenkes å ha flere ugunstige effekter:

- De friske fortrenger de syke, hvilket går på bekostning av tiden legene bruker på sine kjerneoppgaver: diagnostikk og behandling, samt oppfølging av kronisk syke.
- Sykeliggjøring av en stadig større andel av befolkningen, noe som kan være mer til skade enn til gagn. Økt fokus på risiko for sykdom fremfor selvpoplevd helse, kan få økt medikamentbruk og andre risikointervensjoner som resultat.
- Usikker kost/nytteverdi: Kunnskap om intervensjon for å forebygge mulig fremtidig sykdom har sitt grunnlag i data fremkommet på gruppenivå, mens kunnskapen brukes på individnivå. Det gjør det umulig å forutsi effekten av intervensjonen for det enkelte individ. For eksempel må det behandles mange med høyt blodtrykk for å forebygge ett hjerneslag, og vi vet ikke hvem i gruppen som vil ha effekt av intervensjonen. Dette kompliserer kost/nyttevurderingen, både på individ og samfunnsnivå.»

Flere høringsinstanser stiller seg positive til en mer proaktiv oppfølging fra fastlegene. *Steinkjer kommune, Verdal kommune og Levanger kommune* uttaler:

«Deler av befolkningen bruker fastlegeordningen for lite. Det gjelder mange ungdommer, noen med psykiske lidelser, en del funksjonshemmede, og en del med alvorlige sykdommer. En del gamle har praktiske vanskeligheter med å komme seg til fastlegen, og mange med kognitiv svikt, f.eks. demens klarer heller ikke å bruke fastlegen sin på en hensiktsmessig måte. Vi mener at fastlegens ansvar for syke mennesker bør utvides, bl.a. med sykebesøk.»

Diabetesforbundet uttaler:

«Vi er også positive til en presisering av innholdet i fastlegenes listeansvar. I vårt syn vil dette kunne styrke brukernes rettssikkerhet.

Vi mener at en proaktiv oppfølging av personer som inngår i fastlegenes lister er et viktig tiltak for å forebygge kronisk sykdom og for å redusere mulige følgesykdommer når sykdom er inntruffet. Det bør også inngå i funksjonskravene at fastlegene, som et ledd i det forebyggende arbeidet, skal kunne henviser til

frisklivssentraler eller til frisklivstilbud i regi av frivilligheten når slike tilbud finnes.»

Norsk Revmatiker forbund uttaler:

«At fastlegen blir pålagt en proaktiv rolle i forhold til oppfølgingen av sine pasienter er bra. Svært mange kronisk syke vil ha et stort behov for tettere oppfølging av sin fastlege. Fastlegen må gis mer tid ved konsultasjoner og til oppfølging av kronisk syke pasienter og til det tverrfaglige samarbeidet.»

Legeforeningen gir uttrykk for at det er behov for regelverksendringer for å gjøre det tillatt med mer proaktiv oppfølging, og uttaler:

«Legeforeningen har påpekt en rekke behov for regelverksendringer når det gjelder finansieringsgrunnlaget for fastlegenes virksomhet, blant annet for å gjøre det tillatt for legen å i større grad reise i sykebesøk, driver mer oppsøkende virksomhet mv. Etter vår vurdering vil slike regelverksendringer være langt mer treffsikre for å oppnå de mål som er satt i forbindelse med samhandlingsreformen.»

Akademikerne:

«Vi viser til at Legeforeningen ved flere anledninger har påpekt en rekke behov for regelverksendringer når det gjelder finansieringsgrunnlaget for fastlegenes virksomhet, blant annet for å gjøre det tillatt for legen å i større grad reise i sykebesøk, driver mer oppsøkende virksomhet mv. Etter vår vurdering vil slike regelverksendringer være langt mer treffsikre for å oppnå de mål som er satt i forbindelse med samhandlingsreformen.»

Holmestrand kommune:

«Vi støtter forslagene om mer forebyggende tjenester og oppsøkende virksomhet fra fastlegene, og ser det helt nødvendig at økningen av legeårsværk i kommunene skal komme disse oppgavene til gode. Vi ber derfor departementet konkret om å endre Normaltariffen slik at slik aktivitet blir lovlig for fastlegene. Det er vår erfaring at deres fagmiljø har et sterkt ønske om å gå tydeligere inn i slike oppgaver.»

En del høringsinstanser gir uttrykk for at departementets omtale av en mulig presisering og tydeliggjøring av listeansvaret, innebærer en utvidelse

av gjeldende rett. Blant annet *Lillesand kommune* uttaler at:

«Disse forslagene går langt utover dagens tilbud. Det forutsetter at fastlegen bruker mer tid på hver pasient og implisitt forutsettes kortere pasientlister/flere fastlegehjemler og en betydelig økt finansiering.»

Trondheim kommune uttaler:

«Det regjeringen kaller en presisering av listeansvaret, er en utvidelse i forhold til intensjonen i dagens fastlegeordning.»

Kristiansand kommune uttaler:

«Høringsnotatet anfører at lovforslaget kun tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen, og at dette ikke innebærer økonomiske konsekvenser. Dette er en oppfatning vi er svært uenige i. Gjennomføringen av høringsnotatets forslag til økt antall fastleger og endret innhold i fastlegenes arbeid vil nødvendigvis få økonomiske konsekvenser. Departementet har ikke utredet hvor disse kostnadene vil komme og hvordan de vil fordeles.»

Norges Kvinne- og familieforbund uttaler:

«Det er slik at det fortsatt finnes kommuner som ikke har mer enn en fastlege. Det meldes videre om at fastlegene ikke har kapasitet nok til å gi pasientene time innen kort tid. Noen opplever at de må «planlegge» sykdom selv om fastlegen har avsatt tid for akutte tilfeller. Vi finner det derfor ikke som forsvarlig å tillegge fastlegene flere og utvidede oppgaver.»

Det er flere av høringsinstansene som støtter departementets forslag om at timeantall som fastlegen kan pålegges til å delta i andre allmennlegeoppgaver i kommunen eventuelt tas inn i fastlegeforskriften. Flere av kommunene har også gitt uttrykk for at det er behov for å øke påleggshjemmelen fra 7,5 timer til 15 timer. *KS Nord-Trøndelag* uttaler om allmennmedisinske offentlige oppgaver:

«Dette er foreslått videreført med mulighet for å kunne pålegge 7,5 timer pr. uke. Mange kommuner, kanskje særlig små kommuner opplever dette som for lite til å dekke behovet. Vi mener derfor at dette bør økes til inntil 15 timer/uke.»

Statens helsetilsyn tar opp departementets forslag til eventuell forskriftsendring om å erstatte begrepet «allmennmedisinske offentlige oppgaver» med «andre allmennmedisinske oppgaver», og uttaler:

«Vi er bekymret for at viktige forskjeller mellom allmennlegeoppgaver som fastlegen utfører i sin praksis og allmennlegeoppgaver som utføres i kommunale virksomheter som sykehjem, fengsler og helsestasjoner, blir utydeliggjort ved at man begrepsmessig likestiller disse to typene legevirksomhet i kommunen. (...)

Vi mener det er vesentlig både for kommunens selvforståelse som arbeidsgiver og legens forståelse av egen rolle i legearbeid i kommunale virksomheter, at det også i lovverket fremkommer tydelige forskjeller mellom denne type legearbeid og fastlegens arbeid i egen praksis. (...) Selv om departementet ønsker en sterkere styring av fastlegenes kontorpraksis, er det samtidig slått fast at fastlegene i hovedsak fortsatt skal være næringsdrivende. Den samme legen vil i sin fastlegepraksis som eget pliktsubjekt være langt mer autonom og selvstendig ansvarlig når det gjelder flere sider ved driften, ikke bare den rent medisinske. Dersom dagens begrepsbruk om «allmennmedisinske offentlige legeoppgaver» blir ført videre, vil forskjellen være lettere å forstå.»

19.7.3 Departementets vurderinger

Mulige endringer i fastlegeforskriften omtalt i høringsnotatet var som nevnt under punkt 19.7.1 foreløpige, og under forutsetning av Stortingets vedtakelse av ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov. Departementet har merket seg innspillene fra høringsinstansene vedrørende forslag til eventuelle endringer i forskriften, og vil ta innspillene med seg i det videre arbeidet med en ny revidert forskrift. Fastlegeordningen er en viktig del av samhandlingsreformen, og departementet tar sikte på å sende endringer i fastlegeforskriften på ordinær høring i løpet av 2011.

Departementet vil kort redegjøre for noen hovedpunkter for det videre arbeidet. Omtalen av gjeldende rett i fastlegeordningen under punkt 19.2 viser etter departementets oppfatning at det er svært vanskelig å ha en samlet oversikt over de ulike reguleringer som gjelder for fastlegeordningen. Flere av høringsinstansene deler departementets syn på at ordningen er uoversiktlig. Departementet tar sikte på å samle de sentrale

rettigheter og plikter i fastlegeforskriften, samt tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for tjenesten. Det vil skape bedre tilgjengelighet til regelverket som igjen vil gi bedre forutberegnelighet og rettssikkerhet for brukerne av fastlegeordningen.

Departementet tar også sikte på å tydeliggjøre fastlegenes listeansvar. Det har kommet mange høringsinnspill på dette punktet, og da spesielt på det nærmere innholdet i listeansvaret. Disse innspillene vil bli nærmere vurdert i det videre arbeidet.

Videre vil departementet arbeide med innholdet i kvalitets- og funksjonskrav som skal kunne stilles til fastlegene, i tillegg til innføring av en rapporteringsplikt. Ved å få en rapporteringsplikt for fastlegene vil kommunene lettere kunne se hva disse faktisk gjør og følgelig ha muligheten til å komme med krav om korrigerende arbeid i henhold til listeansvaret, og i henhold til kvalitets- og funksjonskrav. Disse tiltakene mener departementet vil sette kommunene i bedre stand til å overholde sitt overordnede ansvar for allmennlegetjenesten i fremtiden, og samtidig gi en bedre tjeneste til innbyggerne. Departementet er av den oppfatning at dette er i tråd med de forutsetninger som ligger til grunn i samhandlingsmeldingen og fra flertallet i komiteens innstilling.

19.8 Finansieringsmodell

19.8.1 Omtale i høringsnotatet

I samhandlingsmeldingen tas det til orde for en helhetlig gjennomgang av finansieringsordningene for allmennlegetjenesten i kommunene. Begrunnelsen for å vurdere endringer i finansieringen er både at det er ulik finansiering for allmennlegetjenester innenfor fastlegeordningen og andre allmennlegeoppgaver (som fullfinansieres av kommunene), samt at dagens finansieringsordning for fastlegeordningen har svakheter. Fordi forebyggende oppgaver fullfinansieres av kommunene, samt at det i begrenset grad finnes takster for slikt arbeid, prioriteres trolig arbeidet for lavt i kommunene. Høy stykkprisandel (75 %) gir uheldige insentiver med hensyn til enkelte målsettinger. I tillegg er kommunens andel av finansieringen av fastlegeordningen lav sett i forhold til ansvaret for tjenesten.

Finansieringen av fastlegevirksomhet må understøtte målene for ordningen. Høyere andel per capitatilskudd vil øke kommunenes finansieringsansvar og redusere stykkprisinsentivet. Som det fremgår i høringsnotatet, ønsket departe-

mentet på denne bakgrunn å utrede nærmere en modell med 50 % per capita- og 50 % stykkprisfinansiering, som en illustrasjon på en omlegging i denne retningen. I høringsnotatet ble det vist til høringsnotat om Nasjonal helse- og omsorgsplan, der det ble redegjort for fordeler og ulemper ved dagens modell og en 50/50-modell, gitt de mål som er trukket opp for allmennlegetjenesten. Det ble uttalt at eventuelle endringer i finansieringsmodell vil avgjøres etter at høringen er avsluttet.

I høringsnotatet uttalte departementet at i forbindelse med en eventuell endring av finansieringsordningen vil man også vurdere hvorvidt man skal gi kommunene muligheter til å belønne fastleger avhengig av resultater. En mulighet som ble omtalt var å gi kommunene økonomiske virkemidler for å bedre kunne styre fastlegene, herunder økt frihet når det gjelder per capitatilskuddet.

19.8.2 Høringsinstansenes syn

En stor overvekt av kommunene som har avgitt høringsuttalelse stiller seg negativ til en omlegging av finansieringsordningen til fastlegene. Fra de fleste kommunene uttales det at forslaget ikke støttes da en ikke klarer å se hensikten med en slik endring, eller mener det er tvilsomt om kommunene vil få mer styring med fastlegene ved en slik omlegging. *Kristiansand kommune* uttaler:

«Høringsnotatet påpeker at «finansieringen av fastlegevirksomheten må understøtte målene for ordningen, og fremmer et forslag om å øke procapitaandelen fra dagens ca. 25 % til 50 %, med den tanke at redusert stykkprisfinansiering vil øke legenes interesse for deltakelse i forebyggende arbeid. Dette vil Kristiansand kommune sterkt advare mot. Redusert stykkpris vil redusere muligheten for at enkelte fastleger kan rendyrke noen arbeidsoppgaver og utvikle spesiell kompetanse innen noen områder. (...)

Redusert stykkpris vil heller ikke fjerne, bare redusere, insentivet for legene til å utføre arbeid som utløser disse takstene. Dersom insentivet til å legge ned så mye arbeid reduseres ved reduserte stykkprissatser, er vi redd dette primært vil stimulere fastlegene til å redusere sin arbeidstid. Selv om det i og for seg kan være positivt med for fastlegenes eget arbeidsmiljø og trivsel, så bidrar det ikke til økt deltakelse i forebyggende arbeid og møtevirksomhet – som fortsatt ikke vil være finansiert. Her mangler kommunene verktøy som gjør det mulig å

forutsette fastlegenes deltakelse i disse oppgavene.»

Holmestrand kommune uttaler:

«Økt rammefinansiering vil trolig medføre mindre investering i utstyr, kortere arbeidstid, høyere henvisningsfrekvens til spesialisthelsetjenesten og lekkasje til legevakt. Verken pasientene, sykehusenes økonomi eller kommunens/legevaktens økonomi vil være tjent med dette. Vi er således skeptiske til å endre en finansieringsmodell som er mye av grunnlaget for at fastlegeordningen fungerer så godt som den gjør i dag.»

Sandnes kommune uttaler:

«Det er tvilsomt om kommunene får mer styring med hva legene gjør ved å øke finansieringsansvaret (50/50 fordeling av basistilskudd/takster). Finansieringsmodellen omfatter dessuten bare kurative oppgaver. Det er større behov for å styre offentlig allmennmedisinsk arbeid, og at dette utføres ved at kommunen ansetter leger i hel- eller deltidsstillinger.»

KS støtter ikke en omlegging fra 30/70 til 50/50 og begrunner det med at:

«En slik endring i finansieringen vil ha konsekvenser som går på tvers av samhandlingsreformens målsettinger. Høyt basistilskudd vil gjøre det attraktivt å ha mange på listen, pasienter som ikke krever så mye. *KS* støtter heller ikke en gradering av basistilskuddet ut fra sammensetning av pasientpopulasjon, antall innbyggere på lista eller andre kriterier, da dette vil kunne føre til utilsiktede vridninger og konsekvensene ikke er godt nok utredet.»

Fosen Distriktsmedisinske Senter IKS er skeptisk til hvordan en omlegging vil slå ut for distriktskommunene, og uttaler:

«Per capita-tilskuddet vil i mange tilfeller ikke være et godt styringsverktøy, siden dette tilskuddet ved mange (kommunalt drevne) legekantor betales i sin helhet tilbake til kommunen for å kunne dekke (deler av) kommunens driftsutgifter. Man får særlig et negativt utslag i distriktskommuner, siden det er der man som regel har kommunalt drevne legekantor. Den foreslåtte 50/50-modellen kan dermed slå ugunstig ut for distriktskommunene. Vekting

av per capita-tilskuddet for ressurskrevende pasienter kan dermed også være et svakt virkemiddel.»

Noen høringsinstanser er likevel positive til en omlegging av finansieringen, deriblant *Oslo kommune* som uttaler:

«Kommunen mangler også det grunnleggende styringsverktøyet som ligger i finansieringen. Kommunens utgifter til fastlegeordningen bestemmes kun av antall innbyggere i kommunen og det er ingen muligheter for kommunale prioriteringer innenfor «fastlegebudsjettet». Eventuell utvidet bruk av fastlegene til offentlige legeoppgaver utgjør en tilleggsutgift for kommunen og en tilsvarende reduksjon i fastlegetilbudet uten reduksjon i utgiftene. *Oslo kommune* kan gi støtte til et forslag om økning av basistilskuddsandelen av legens inntekter, dersom tilskuddet innrettes slik at kommunens styringsmuligheter utvides.»

Midt-Troms regionråd uttaler:

«Når det gjelder endringer i finansieringsmodell og takstsystem for fastleger, mener regionrådet det er legitimt å gjennomgå dette med henblikk på å stimulere prioriterte oppgaver, slik som eksempelvis forebygging. Leger responderer godt på finansielle styringsvirkemidler. En utredning av en eventuell overgang til 50 % stykkpris og 50 % per capita kan således være hensiktsmessig. Det anses videre som svært velkomment at departementet i samme omgang vil vurdere kommunens muligheter for belønning og sanksjonering av fastleger. Kommunale sanksjonsmuligheter overfor fastleger som ikke overholder kvalitets- og funksjonskrav, er i dag svært begrenset. Dette er nødvendig å få på plass, dersom det er realisme bak intensjonen om en sterkere kommunal styring av fastlegenes virksomhet.»

Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal kommune uttaler at de:

«støtter en omlegging av finansieringsordningen for fastlegeordningen fra 75/25 til 50/50 stykkpris/per capita tilskudd fordi dagens modell med høy stykkpris finansiering potensielt gir et stort incitament til å behandle flest mulig pasienter, noe som fører til korte konsultasjoner og høyt arbeidspress hos leger. Videre vil annet allmennlegearbeid som lønnes på

timebasis oppfattes som mindre lønnsomt for legen enn behandling av pasienter i egen praksis.»

Flere kommuner er avventende og ønsker ikke å konkludere før man har sett forslag til endringer i fastlegeforskriften og i finansieringsordningen. Blant annet *Stavanger kommune* uttaler:

«Når det gjelder forslag om en økning av per capita-tilskuddet til 50 % sies det ikke noe i høringen om hvordan dette er tenkt finansiert gjennom økning av inntekter inn i kommunen. Stavanger kommune forutsetter imidlertid at forslaget fullfinansieres via overføringer til kommunene. På tross av en fullfinansiering ved innføring av reformen kan det bety en større økonomisk risiko for kommunene, da befolkningsveksten her skal beregnes på et større grunnlag enn tidligere, fra år til år, og at det vil være usikkerhet knyttet til om dette vil fanges opp i inntektssystemet. Det forutsettes en grundigere utredning av de økonomiske konsekvensene tilknyttet dette.

Stavanger kommune forutsetter at forslag til endringer i fastlegeforskriften, samt finansieringsordning sendes på høring til aktuelle instanser før man konkluderer i forhold til dette.»

Mange høringsinstanser påpeker behovet for en strategi for å sikre kapasitet og rekruttering til alle deler av allmennlegetjenesten, samt ordninger knyttet til veiledning, arbeidsforhold mv. som gjør det attraktivt for unge leger å begynne i allmennmedisinen. Flere peker på behov for også å ha fastlønte stillinger, behovet for spesialister i allmennmedisin og utdanningsstillinger knyttet til dette.

Noen kommuner påpeker at blant annet flere fastleger i faste stillinger i kommunen kan være med på styrke fastlegeordningen. *Sandnes kommune* uttaler at:

«Styrking av legetjenesten kan skje på flere måter:

- Privatpraktiserende fastleger
- Fastlønte fastleger
- Fastlønte hel-/deltidsstillinger for å utføre allmennlegetjenester som ikke er en del av takstsystemet
- Fastlønte kommuneleger som har en koordineringsfunksjon og utfører samfunnsmedisinske oppgaver

Det må være fleksibilitet i systemet slik at det er mulig å finne lokale løsninger ut fra lokale behov. Kommunene må også ha mulighet til å tilby forskjellige typer legearbeid ut fra interessene til den enkelte lege. Dette vil bidra til å rekruttere nyutdannede leger som ønsker å prøve seg i allmennlegetjenesten uten å måtte investere store beløp i en egen privat praksis.»

Åseral kommune:

«Mange styringsbehov ville kunna bli løyst på ein betre måte ved tilsetting av fastleger på fast lønn, på lik linje med alle andre yrkesgrupper kommunen må nytte for å gi innbyggjarane tenester. Mykje ville då finna si løysing innan rammane for arbeidsgjevar sin styringsrett og regelverk for arbeidslivet.»

Legeforeningen og Akademikerne er negativ til endring i finansieringsordningen, og mener de endringer som departementet har signalisert vil være i strid med samhandlingsreformens målsettinger og må unngås. Legeforeningen uttaler i høringsvar til Nasjonal helse- og omsorgsplan:

«En endring mot 50/50 vil gi et incentiv til mindre produksjon av tjenester. Det betyr at staten kan få bedre kontroll med utgiftene, men dette må vurderes i lys av effekten for kapasitet og tilgjengelighet til tjenester for befolkningen. Det foreligger god kunnskap om effekten av økede rammebevilgninger på bekostning av betaling for utførte tjenester. Denne kunnskapen må tas med i analyser av effekten en slik omlegging vil få. Det må være et mål å unngå en utvikling i retning av kortere konsultasjoner og flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten, noe som kan være en konsekvens av endringen. Dette vil gå på bekostning av tidsbruk i konsultasjoner og de prosedyrer som kan gjennomføres. Med samme kapasitet i tjenesten som i dag med liten økning i antallet leger sammenlignet med oppgaver, vil dette særlig kunne ramme pasienter med store behov som kronikere, de som bruker PLO-tjenester, og pasienter med psykiske lidelser samt rusmisbrukere. Forslaget om endringer i finansieringssystemet (mot en 50/50 modell) vil således bidra til å undergrave intensjonene i Samhandlingsreformen.»

Kommunene Hareid og Ulstein uttaler at legenes økonomiske kompensasjon for å jobbe utover normal arbeidstid reduseres da denne består av sum-

men av egenandeler og refusjoner. *Helsetilsynet i Hedmark* peker derimot på at de ulemper som er pekt på ved en høyere per capitaandel (reduert aktivitet og tilgjengelighet samt flere henvisninger), også gjelder dagens system som stimulerer til mange og korte konsultasjoner. *Ringerike medisinske senter* er også negative til en omlegging, og uttaler:

«Økt per-capita tilskudd vil stimulere til lange lister (med helt friske pasienter), og lave prosedyretakster vil føre til hyppigere henvisninger til spesialister og investeringsvegring. De lange listene vil også vanskeliggjøre rekruttering, i alle fall i kommuner med stabil legedekning (egen erfaring). Dette i motsetning til alle signalene i Samhandlingsreformen om at vi trenger flere fastleger.»

På den annen side er de fleste høringsinstansene positive til en gjennomgang av takstsystemet, og flere kommuner påpeker at det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.

19.8.3 Departementets vurderinger

Departementet har merket seg at mange høringsinstanser, deriblant mange kommuner, ikke ser et behov for omlegging av finansieringsordningen for fastleger. Departementet vil på det nåværende tidspunkt ikke foreslå endringer i fordelingen mellom per capita-tilskuddet og honorar. I lys av arbeidet med forskriften, vil departementet vurdere finansieringen videre.

19.9 Fastlegenes innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner

19.9.1 Omtale i høringsnotatet

På side 20 i Innst. 212 S (2009-2010) fra helse- og omsorgskomiteen uttaler komiteens flertall, bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, at «det må vurderes å gi fastleger større innflytelse på inntaksprosedyrene til sykehjem».

Forutsetninger om økonomiske insentiver, utbygging av tjenesteapparatet og samarbeid mellom kommunene og helseforetakene vil falle på plass over tid. I høringsnotatet uttalte derfor departementet at det er for tidlig å vurdere forslag til en regulering som bidrar til å kanalisere en

større del av henvisninger fra fastleger til kommunene. Departementet foreslo derfor ikke endringer på dette punktet i høringsnotatet.

19.9.2 Høringsinstansenes syn

Få av høringsinstansene har uttalt seg eksplisitt om dette spørsmålet. *Legeforeningen* er av den oppfatning at fastlegene bør gis adgang til innleggelse av pasienter i sykehjem.

Eldreaksjonen og Stiftelsen Kirkens bymisjon Oslo mener også at fastlegene bør ha rett til innleggelse på kommunale institusjoner. Det uttales:

«Vi er positive til utvidelse av legedekningen og styrking av faglig kompetanse. Vi mener at retten til sykehjems plass må lovfestes og at fastlegene da får innleggelsesmyndighet.»

Aremark kommune og *Halden kommune* er negative til at fastlegen skal ha en slik mulighet, og uttaler:

«Med unntak av innleggelse i intermediearener, støtter kommunen ikke forslaget om å gi fastleger større innflytelse på inntaksprosedyrene i sykehjem. Det medisinske arbeidet i dette bør forestås av tilsynslege og/eller samfunnsmedisiner i kommunen.»

19.9.3 Departementets vurderinger

Helsehjelp skal av hensyn til pasienten og riktig bruk av offentlige ressurser i størst mulig grad ytes på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Pasienten skal sikres rett behandling på rett sted og til rett tid. Det innebærer blant annet at helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens spesielle kompetanse ideelt sett bør gis av den kommunale helsetjenesten. Erfaringer tyder på at mange pasienter som behandles og gis omsorg i spesialisthelsetjenesten kunne ha vært behandlet i kommunene med en annen arbeidsdeling.

Som departementet påpekte i høringsnotatet er forutsetninger om økonomiske insentiver, utbygging av tjenesteapparatet og samarbeid mellom kommunene og helseforetakene noe som vil skje over tid. Det er derfor etter departementets oppfatning for tidlig å vurdere forslag til en regulering som bidrar til å kanalisere en større del av henvisninger fra fastleger til kommunene. Dessuten mener departementet det er naturlig at kommunene i en oppbyggingsfase sørger for informasjon om tilgjengelige tjenester og tilbud i kommu-

nen, og på andre måter selv tar initiativ til en omlegging av henvisningsrutiner når tiden er moden for det. Et samarbeid med de henvisende instansene vil trolig være nødvendig for å fastlegge mulige inntakskriterier til nye intermediære kommunale enheter etter hvert som de etableres. Departementet vil derfor på nåværende tidspunkt ikke foreslå en lovregulering av fastlegenes rett til innleggelse i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner.

19.10 Legevakt

I høringsnotatet ble det uttalt at departementet i eget høringsnotat vil komme tilbake til spørsmålet om legevakt, herunder eventuelle endringer i forskriftsreguleringen.

En del høringsinstanser uttaler at de er skuffet over at departementet ikke legger frem forslag til endringer i legevaktstjenesten allerede nå, og påpeker at legevaktstjenesten er en viktig del av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Det har over lengre tid vært bred enighet om behovet for å styrke legevaktstjenesten. Dette er

også påpekt av en samlet komité i Innst. 212 S om samhandlingsreformen.

Departementet mottok i 2009 en rapport med anbefalinger om hvordan legevaktstjenesten kan styrkes fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Helsedirektoratet ga sine anbefalinger knyttet til rapporten sommeren 2010. Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med å følge opp anbefalingene fra Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Som et første steg vurderer departementet å innføre krav til minimumskompetanse for å kunne ha legevakt alene, samt å forskriftsfeste regler for fritak fra legevakt for fastleger. Departementet vurderer også om det bør forskriftsfestes krav til bedret tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp for innbyggere på fastlegens liste. Eventuelle forslag til regelverksendringer vil bli gjenstand for ordinær høring sammen med andre forskrifter knyttet til samhandlingsreformen. Departementet vil også vurdere andre tiltak for å styrke legevaktstjenesten, i tråd med innspillene fra Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, blant annet tiltak for å bedre etterlevelsen av de systemkrav som stilles til kommunene.

20 Krav om forsvarlige tjenester

20.1 Innledning og bakgrunn

Kommunens ansvar for å yte eller tilby forsvarlige tjenester er indirekte og fragmentert regulert. I motsetning til i lov om spesialisthelsetjenesten har ikke kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven bestemmelser som uttrykkelig pålegger kommunen en plikt til å sikre at tjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige.

Departementet drøfter i dette kapitlet behovet for en tydeliggjøring av kommunenes plikt til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

20.2 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenester skal alltid være forsvarlige. Kravet innebærer en overordnet plikt til systematisk styring av virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten, plikter for utøvende personell om forsvarlig yrkesutøvelse og et kvalitativt og kvantitativt krav til de tjenestene som ytes til den enkelte pasient eller bruker.

For helsepersonell er dette ansvaret plassert på individnivå gjennom helsepersonelloven § 4 ved at yrkesutøvelsen skal være i samsvar med de «krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 bestemmer at «helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige». Tilsvarende bestemmelse er ikke inntatt i kommunehelsetjenesteloven, men dagens lovgivning forutsetter like fullt et krav til forsvarlighet på system- og virksomhetsnivå. Dette følger blant annet av kommunens plikt etter helsepersonelloven § 16 til å organisere helsehjelpen slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, herunder å yte forsvarlig helsehjelp. Se også kommunens plikt etter loven § 1-3 a til å planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kravet om forsvarlighet etter helsepersonelloven § 4 er

med dette gjort til et viktig krav også overfor kommunene.

Forutsetningen om forsvarlighet gjenspeiles for øvrig klart i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 hvor Statens helsetilsyn gis i oppgave å føre tilsyn med at kommunen fremmer helsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte.

I sosialtjenesteloven er krav om forsvarlighet for personellet og virksomheten ikke regulert på tilsvarende måte. Til tross for manglende uttrykkelig lovregulering av forsvarlighet, anser departementet at et krav til forsvarlighet også gjelder for sosialtjenesten. Dette er omtalt i kommentarene til sosialtjenesteloven § 2-1 om kommunens ansvar i rundskriv I-1/93 til lov om sosiale tjenester mv. Det følger forutsetningsvis av at kommunen har plikt til å yte nærmere lovbestemte tjenester til brukerne. Kommunen kan imidlertid ikke sies å ha levert disse tjenestene dersom de må regnes som uforsvarlige. Av sosialtjenesteloven § 8-1 fremgår videre at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens saksbehandling, noe som vil innebære et krav om forsvarlig saksbehandling.

20.3 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet en ny bestemmelse i § 4-1 om at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige.

Departementet foreslo videre at det i loven også presiseres at forsvarlighetsplikten forutsetter at kommunen tilrettelegger sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud og at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og personellet som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

I § 4-1 andre ledd ble det foreslått tatt inn en bestemmelse om at kommune og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og

informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. Det ble videre foreslått en bestemmelse om at det skal tas hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av journal- og informasjonssystemene.

20.4 Høringsinstansenes syn

De høringsinstansene som har uttalt seg om forsvarlighet har gjennomgående vært positive til forslaget om en egen bestemmelse om forsvarlighet, selv om enkelte påpeker at det fortsatt vil være vanskelig å fastsette hva kommunenes plikter går ut på. Fra flere av høringsinstansene har det vært påpekt behov for en mer omfattende beskrivelse av innholdet i forsvarlighetskravet.

I lovforslaget utdypes forsvarlighetskravet i tre underpunkter. Av disse er det særlig kravet om et verdig tjenestetilbud som er blitt kommentert av høringsinstansene. Mange er positive til at verdighet holdes frem som en del av forsvarlighetskravet. Samtidig understreker flere at det vil være svært krevende å finne en felles oppfatning av hva kravet til verdighet innebærer og dermed hva kommunens plikt rent konkret går ut på.

Langt de fleste høringsinstansene er positive til direkte lovfesting av at forsvarlighetskravet skal gjelde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Mange høringsinstanser kommenterer imidlertid at forsvarlighetskravet slik det er beskrevet i høringsutkastet er ufullstendig. *Statens helsetilsyn* uttaler blant annet:

«Statens helsetilsyn vil be departementet vurdere en bredere og mer nyansert omtale av forsvarlighetskravet. Statens helsetilsyn mener det er nødvendig med en drøfting av hvordan kravet til forsvarlighet kan forstås og anvendes på en mest mulig hensiktsmessig måte. Vi er oppmerksomme på at det her er betydelige meningsforskjeller.

Kort beskrevet går forskjellen ut på om forsvarlighetskravet skal forstås som en grenseverdi på en kvalitetsskala, der alt under denne grensen er uforsvarlig og alt over grensen faller utenfor forsvarlighetskravet (bedre enn forsvarlighet). Eller om forsvarlighet er en norm som beskriver god faglig praksis der vesentlige avvik fra god praksis utgjør grensen for uforsvarlighet.»

og videre:

«Hvordan forsvarlighetskravet beskrives er vesentlig fordi det er dette kravet virksomheter og personell pålegges å overholde. Det blir da betydelig forskjell om bestemmelsen beskriver en grenseverdi mot det ulovlige eller som en norm forankret i bl.a. retningslinjer for god praksis».

Bergen kommune uttaler om forsvarlighetskravet:

«Det er en rettslig standard, hvilket betyr at innholdet avhenger av den til enhver tid gjeldende faglige kunnskap på området – i dette tilfellet sosialfag og helsefag. Som sådan vil man aldri kunne lese det konkrete innholdet i plikten rett ut av lovtteksten. Imidlertid kan man komme nærmere enn departementets forslag til forsvarlighetsbestemmelse. Her bør man benytte anledningen til å få gjeldende rett inn i lovtteksten, i form av bl.a. de tre elementene kvalitet, i tide og tilstrekkelig omfang.

Særlig vil kommunen be departementet tydeliggjøre kravet om forsvarlig nivå i form av omfang. Foreslått ordlyd tyder på at kravet handler om forsvarlig utførelse, som er et mer begrenset krav og i liten grad tar opp i seg elementene «i tide» og «tilstrekkelig omfang».

Midt-Troms regionråd (samarbeid mellom kommunene Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørrissa, Torsken og Tranøy) uttaler:

«Overgangen til et regelverk som inneholder svært lite profesjonsangivelser eller organisatoriske krav, vil imidlertid stille større krav til forståelse og praktisering av faglig forsvarlighetskravet, både på tjenestenivå og på politisk nivå i kommunene. Midt-Troms regionråd er usikker på om departementets forsøk på å presisere forsvarlighetsbegrepet er håndfast nok for en kommunal hverdag, hvor tilgangen på penger og kompetanse kan være med på å påvirke både kvalitetsbegrepet og hva som oppfattes som såkalte minstestandarder.»

Kreftforeningen uttaler:

«En tydelig beskrivelse av forsvarlighet er av stor betydning, for det er dette begrepet som styrer hvordan helsepersonell og virksomheter skal oppfylle sine plikter. For pasienter og brukere er kravet til forsvarlighet det eneste holdpunktet de har for å kunne «måle» om helsehjelpen og omsorgen er god nok. Ettersom man ikke vet hvor grensen for forsvarlighet

går, vet man heller ikke hva man kan kreve eller forvente. Man er følgelig prisgitt de faglige vurderingene til fagfolkene i helse- og omsorgssektoren. Men Kreftforeningen erfarer dessverre altfor ofte gjennom pasienthistorier at forsvarlighetsbegrepet tøyes. Hvor går f.eks. grenser for når en fastlege skal «slå alarm» og ev. henvise pasienten videre? Ytes det forsvarlig helsehjelp når fastlegen for tredje konsultasjon på rad avfeier en kul i brystet med at det sikkert bare er en fettklump? Eller når en mistenkelig føflekk som har endret seg over flere måneder avvises med at det sikkert bare er en blodblimme?

Landets pasientombud uttaler:

«Etter vår oppfatning etablerer bestemmelsen en rettslig standard som rent lovteknisk må ses i sammenheng med standarden som følger av forslag til ny pasientrettighetslov § 2-1a, jf. punktet over. Også i § 4-1 må det presiseres at denne skal forstås som en kvalitetsmessig minstenorm eller som en norm som beskriver god faglig praksis. Forskjellen kan være avgjørende for hvilket nivå kommunene velger å legge sine tjenester på i en presset ressursituasjon, og hvilken overprøvningsmulighet klageinstansen skal ha.

Videre bør gjeldende forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten legges til grunn som virkemiddel for å oppnå målsettingene i forslagets § 4-1. Denne forskriften, sammenholdt med tilhørende veileder, er et praktisk og hensiktsmessig hjelpemiddel for kommunene i det konkrete arbeidet med å skape et forsvarlig, helhetlig og verdig tjenestetilbud. til sist må det være tilstrekkelig at målet om et verdig tjenestetilbud inntas i forslagets formålsbestemmelse (§ 1-1 nr. 6), hvor det har rang som sentralt tolkningsmoment ved praktiseringen av loven i sin helhet.»

Tønsberg kommune uttaler:

«Kommunen anser presisering av forsvarlighetskravet som en naturlig del av kommunens forpliktelse til tjenesteytingen. Kommunen anser det som viktig å ha et forsvarlighetskrav på system og virksomhetsnivå og ikke bare på individnivå gjennom helsepersonelloven § 4.

Ad § 4-1b) – Dette er et forslag om en lovfestet rett til et verdig tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten og kommunen ser dette som en naturlig videreføring ift kravet til kvalitet i

tjenesten i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.»

Norsk Sykepleier Forbund (NSF) påpeker:

«Når begrepet faglig forsvarlighet ses i sammenheng med forslaget om innføring av profesjonsnøytralitet blir det presiserende at det finnes forsvarlighetskrav som sikrer pasientene gode helsetjenester. Tjenestekvaliteten må ha god praksis som rettesnor og mål, for til enhver tid å sikre faglig forsvarlighet. Vi mener at det må komme klarere fram hvordan kravet til forsvarlighet skal forstås. God praksis og forsvarlig virksomhet må sees i forhold til pasientenes og brukernes behov og ut fra de ulike profesjonenes kunnskapsgrunnlag. Presset økonomi kan føre til at mange virksomheter legger seg på en minstenorm, hvor det skal lite til før man bikker under forsvarlighetsgrensen med faglig uforsvarlig drift som konsekvens».

20.5 Departementets vurderinger og forslag

Kommunens ansvar for å yte eller tilby forsvarlige tjenester er i dag indirekte og fragmentert regulert sammenlignet med i spesialisthelsetjenesten. Etter departementets oppfatning bør loven i større grad enn i dag tydeliggjøre kommunenes virksomhetsansvar for å tilby forsvarlig tjenester. Departementet foreslo derfor i høringsnotatet at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1 første ledd presiseres at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Høringsinstansene er gjennomgående positive til dette forslaget. Samtidig viser høringen at det er behov for en mer omfattende presentasjon av innholdet i forsvarlighetskravet etter gjeldende rett.

Mange høringsinstanser kommenterer at forsvarlighetskravet slik det er beskrevet i høringsutkastet er ufullstendig, blant annet når det gjelder omtalen av forsvarlighetskravet som en minimumsstandard. Departementet ser at det i høringsnotatet er brukt formuleringer som kan bidra til misforståelser av hvordan kravet til forsvarlige tjenester skal forstås, og vil derfor nedenfor presisere hva departementet legger i kravet.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og all-

menngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er et eksempel på publikasjoner om hva som er god praksis. Der beskrives tiltak og løsninger basert på oppdatert anerkjent faglig kunnskap. Retningslinjene angir hvordan praksis bør være. Av standardteksten i retningslinjene fremgår det at de er ment som et hjelpemiddel ved de avveiningene tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten, og at valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene bør begrunnes og dokumenteres.

I Ot.prp. nr. 10 (1998-99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* punkt 5.3 redegjøres for behovet for å ta forsvarlighetsstandarden inn i loven og for nyanser i fortolkningen mellom helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det heter blant annet:

«Forsvarlighetsnormen i § 2-3 har således et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven. Situasjonsbetingede eller subjektive forhold kan medføre at involvert helsepersonell ikke anses å ha overtrådt forsvarlighetsbestemmelsene, med de sanksjonstiltak som dette kan utløse. I slike tilfeller vil likevel den forsvarlighetsnorm som i § 2-3 er knyttet til selve institusjonen og helsetjenesten kunne anses overtrådt.»

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet. Se departementets merknader til forsvarlighetsbestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven i Rundskriv I-

59/2000 *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* hvor det blant annet uttales:

«Bestemmelsen gjelder på alle ledelsesnivå. Det innebærer at funksjoner som planlegging, utbygging, organisering, drift og vedlikehold av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at forsvarlighetsnormen kan etterleves. Eiere og ledere har et generelt ansvar for å gjennomføre de tiltak som er nødvendige for at de tjenestene som tilbys eller ytes er forsvarlige

Kravet om forsvarlighet er også et krav om forsvarlig organisering av tjenesten. I dette ligger blant annet at det gjennomføres organisatoriske og systemmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse.»

Dette er grunnleggende prinsipper som beskriver virksomhetens ansvar for forsvarlighet og som gjelder tilsvarende for de ansvarlige for kommunens helse- og omsorgstjenester.

Plikten til å sørge for forsvarlige tjenester stiller krav om at virksomheten planlegger og iverksetter nødvendige tiltak for å sikre at de ulike tjenestene som ytes til enhver tid er forsvarlige. Virksomheten skal også følge opp om tiltakene fungerer og er tilstrekkelige. Kommunens øverste ledelse vil være ansvarlig for dette.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten av 20. desember 2002 § 1 lyder:

«Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helse Lovgivingen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene»

Det å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som fordrer at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Det kan for eksempel komme nye faglige retningslinjer eller annen ny fagkunnskap som virksomheten må ta stilling til og vurdere hvordan skal implementeres. Det vil dessuten regelmessig oppstå endringer i brukeres tjenestebehov og bemanning i kommunen som kommunen må ta høyde for i sitt arbeid med å sikre forsvarlige tjenester.

Mange situasjoner der det kan oppstå svikt er alminnelig kjent i fagmiljøene, andre vil være knyttet til forhold ved den aktuelle virksomheten. Forsvarlig virksomhetsstyring fordrer derfor også at det arbeides systematisk med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser for så å iverk-

sette tiltak for å forebygge at de samme situasjonene oppstår igjen.

Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt og begrenser skadevirkningene. Uklarhet og usikkerhet om organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike enheter og enkeltpersoner er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. Ett sentralt element i forsvarlig virksomhetsstyring vil derfor være å etablere nødvendige rutiner for utførelse av forskjellige arbeidsoppgaver, samarbeid, informasjonsflyt og dokumentasjon.

Avbrudd, forstyrrelser og manglende fysisk tilrettelegging for involvert pleiepersonell er ofte medvirkende årsaker til feil i legemiddelhåndteringen. Her vil tiltak for å skape nødvendig ro ved utførelsen av kritiske arbeidsoperasjoner kunne redusere sannsynligheten for feil betydelig.

En avgjørende faktor for å kunne yte forsvarlige tjenester er den ressursen personellet utgjør. Virksomheten må sørge for tilstrekkelig bemanning og at personellet har nødvendige kvalifikasjoner for å utføre oppgaver de blir tildelt. I en del sammenhenger vil tilgang på nødvendig utstyr og egnede bygningsmessige forhold være viktige forutsetninger for å kunne yte forsvarlige tjenester.

Forsvarlighetskravet innebærer ikke bare at deltjenestene hver for seg skal være forsvarlige. Kommunens tilbud som helhet må også være forsvarlig. Dette er presisert i forslag til § 4-1 første ledd bokstav a. Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud innebærer blant annet krav til koordinering og samarbeid mellom de ulike tjenestene slik at formålet med tjenestene kan oppfylles. Mange brukere opplever at det mangler samkjøring mellom tjenestene slik at deltakelse i arbeidsliv og andre aktiviteter blir vanskeliggjort.

Kommunen må innrette sin virksomhet slik at samarbeidet mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten om å yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte pasient og bruker også er forsvarlig. Det er derfor viktig at kommunen har forsvarlige rutiner for hvordan pasienter og brukere henvises videre til andre tilbud eller følges opp etter kontakt med spesialisthelsetjenesten eller andre kommuner.

Departementet er opptatt av at regelverket skal understøtte og bidra til gode pasientforløp. I høringsnotatet ble derfor høringsinstansene invitert til å komme med synspunkter på om også

enkelte bestemmelser i pasientrettighetsloven bør endres slik at pasientforløp understøttes på en bedre måte. Det ble ikke foreslått konkrete endringer i lovforslaget.

Av høringsinstanser som har gitt innspill har blant annet *Helse Sør-Øst RHF* uttalt at det kan være hensiktsmessig å forkorte fristen i pasientrettighetsloven for vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det vises blant annet til at dette vil gi et bedre tilbud til pasienten og en mer effektiv drift. *Helse Vest RHF* har også gitt innspill, og ser blant annet behov for at vurderingsperiodens maksimale lengde og krav til hva som skal fullføres i perioden vurderes samlet.

Departementet ser at det kan være behov for å se nærmere på bestemmelsene i pasientrettighetslovens kapittel 2, og vil vurdere på hvilken måte dette skal følges opp videre.

I forslag til § 4-1 første ledd bokstav b, er det presisert at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud.

Kravet om et verdig tjenestetilbud er ikke av ny dato. Både sosialtjenesteloven og nyere helselovgivning har forskjellige varianter av verdighet inntatt i sine formålsbestemmelser. Verdighet sto også sentralt i utviklingen av blant annet forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, forskrift om individuell plan og nå sist i arbeidet med verdighetsgarantien. Ivaretagelse av integritet og verdighet inngår også i de forskjellige profesjonsgruppens fagetiske retningslinjer. Departementet mener imidlertid det er på tide å synliggjøre ivaretagelse av verdighet som en del av kravet til forsvarlighet.

Som påpekt av flere høringsinstanser kan det være mange ulike oppfatninger om hva ivaretagelse av verdighet innebærer. Departementet er enig i at det vanskelig kan formuleres eksakte krav på dette området. Forslag til § 1-1 om lovens formål er etter departementet vurdering et utgangspunkt som både beskriver bredden i verdigrunnet og gir føringer for fortolkningen for øvrig.

Departementet foreslår også å presisere at forsvarlighetsplikten blant annet innebærer at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. forslag til § 4-1 første ledd bokstav c. Se også helsepersonelloven § 16.

21 Kvalitet og pasientsikkerhet

21.1 Innledning

En helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet og en tjeneste der pasienter unngår å bli utsatt for unødig skade, er en overordnet helsepolitisk målsetning. I dette kapitlet omtales forslag om å lovfeste en plikt for virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Det vises til at regjeringen vil legge frem en egen stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet som skal danne grunnlaget for arbeidet med dette i årene fremover. Meldingen skal vurdere om organisatoriske, juridiske, finansielle og styringsmessige virkemidler og rammebetingelser støtter arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i hele helse- og omsorgstjenesten. Meldingen skal også vurdere hvorvidt dagens systemer for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet bidrar til å nå nasjonale mål for kvalitet og pasientsikkerhet.

21.2 Kvalitet

21.2.1 Generelt om kvalitet

Hva som anses som god kvalitet kan endre seg over tid, og kvalitetsforbedringsarbeid er en kontinuerlig prosess. Et omfattende arbeid med å implementere nasjonale kvalitetsstrategier har pågått i femten år, blant annet gjennom *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995–2001*, *Kunnskap og brubygging 1997–2001 i sosialtjenesten* og *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ..Og bedre skal det bli! (2005-2015)*.

Nasjonal helseplan (2007-2010) hadde en egen strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering. Den nåværende *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* har også som sentralt mål å styrke arbeidet med kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Både *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten...* *Og bedre skal det bli*, samt de nasjonale helseplanene vi ser til at helse- og omsorgstjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de er:

- virkningsfulle (fører til en helsegevinst)
- trygge og sikre (unngår uønskede hendelser)
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

21.2.2 Gjeldende rett

De nasjonale kvalitetsstrategiene er veiledende. Få bestemmelser i helse- og sosiallovgivningen benytter kvalitetsbegrepet. Pasientrettighetslovens formålsbestemmelse i § 1-1 lyder:

«Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.»

Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 første ledd lyder:

«Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll institusjonen er pliktig til å føre i henhold til § 3 i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Utvalget kan uten hinder av taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av dets arbeid. »

Kvalitetsutvalgene blir omtalt under pkt 21.3.5.3 (pasientsikkerhet)

I medhold av sosialtjenesteloven § 7-14 (institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester) kan Kongen gi forskrifter med bestemmelser om krav til kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak.

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter

lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., stiller krav til skriftlige prosedyrer som skal sikre at en nærmere angitt liste over kvalitetskrav (16 områder) oppfylles. Mange av kravene er relatert til at den enkelte bruker eller pasient skal behandles med respekt og ha rett til et privatliv og vern om personlig integritet selv om man bor i en institusjon (eller bolig). Formålsbestemmelsen i § 1 lyder:

«Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.»

Det er flere forskrifter på avgrensede områder som inneholder krav til kvalitet, for eksempel om humane celler og vev og om legemidler.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten § 1 lyder:

«Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.»

Forskriften beskriver elementer som skal inngå i internkontrollsystemet for å sikre at lov og forskriftskrav blir oppfylt. Internkontrollsystemet vil ofte også inneholde mange krav som ikke fremgår direkte av lovgivningen. Dette kan være krav fra eiere, ansatte, brukere og andre som virksomheten er forpliktet til å overholde eller står fritt til å etablere som egne styringskrav.

21.2.3 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å lovfeste følgende definisjon av kvalitetsbegrepet: «i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap».

Departementet foreslo en ny bestemmelse om plikt til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i ny helse- og omsorgstjenestelov § 4-2 og i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 b. Departementet foreslo også en forskriftshjemmel i tilknytning til kvalitet som ga departementet hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i og gjen-

nomføring av plikten, herunder til å stille krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.

Departementet ba i høringsnotatet om synspunkter på om internkontrollforskriften bør endre navn til forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenesten.

Videre foreslo departementet at Helsedirektoratets arbeid med nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, samt ansvaret for å utvikle og offentliggjøre nasjonale kvalitetsindikatorer, tas inn som egen bestemmelse i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven.

21.2.4 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstansene som har uttalt seg om forslaget om at krav til systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid skal pålegges i lov, er positive. Mange kommuner støtter lovforslaget. *Stavanger kommune* uttaler for eksempel følgende:

«Kommunen støtter en tydeliggjøring i lovverket av krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid og systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten. Kommunen mener dette er en forutsetning for å sikre brukerne forsvarlige og nødvendige tjenester, sett i sammenheng med at lovforslaget innebærer større lokal handlefrihet for kommunene i forhold til organisering av tjenestene».

Helse Vest RHF og *Helse Nord RHF* støtter forslaget. *Helse Sør-Øst RHF* er også positive til lovfesting av krav til systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet, men uttaler videre:

«Vi mener imidlertid det er uhensiktsmessig å skille mellom internkontroll, kvalitet og pasientsikkerhet på denne måten i loven. Samtlige av begrepene henspiller på tiltak som iverksettes for å sikre trygge, virkningsfulle og forsvarlige tjenester. Av pedagogiske hensyn mener vi disse tiltakene bør henge sammen også i lovgivningen for å tydeliggjøre at det er snakk om ulike elementer for å sikre forsvarlige tjenester. Vår vurdering er derfor at krav til pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid bør implementeres i internkontrollforskriften».

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten «er tilfreds med at det foreslås krav til helse- og omsorgstjenestene om systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid». *Den norske*

jordmorforening uttaler at foreningen er: «(...) positive til at det innføres krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid».

Helsedirektoratet uttaler:

«Når man skal drøfte begrepene kvalitet og pasientsikkerhet så er det likevel viktig å vurdere om det å skille pasientsikkerhetsbegrepet fra kvalitetsbegrepet kan forstyrre den overordnede forståelsen av et samlet kvalitetsbegrep, fordi pasientsikkerhet og kvalitet i lovutkastet synes å betraktes som to parallelle dimensjoner. Logikken i loven må gjøres forenlig med logikken i den nasjonale gjeldende kvalitetsstrategien, og til internasjonale føringer på områder relatert til kvalitetsforbedringsarbeid.

Någjeldende kvalitetsstrategi legger opp til at det å sørge for trygge og sikre tjenester – pasientsikkerhet – er en del av arbeidet med å sikre kvalitet i tjenesteytingen.

Hva gjelder selve definisjonen av pasientsikkerhet mener vi det er behov for at forarbeidene tydeliggjør innholdet i formuleringen «mangel på ytelse», og eventuelt trekker opp en nedre grense for hvilke mangler helsetjenesten skal være ansvarlig for å verne pasientene mot gjennom systematiske arbeid. For å unngå den uklarheten foreslår direktoratet at siste del av setningen blir «eller mangel på ytelse av nødvendige helse- og omsorgstjenester».

Statens helsetilsyn, enkelte Fylkesmenn og Helsetilsyn i fylket har stilt seg mer avvisende. Statens helsetilsyn uttaler:

«Statens helsetilsyn har et litt annet utgangspunkt enn de definisjoner og forklaringsmodeller som presenteres i høringsnotatet og mener pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er en selvfølgelig del av virksomhetens internkontroll og ivaretagelse av forsvarlighetskravet.

Med dette utgangspunktet er vi usikre på om det er hensiktsmessig med en egen bestemmelse om dette, jf. vårt forslag over om utdyping av forsvarlighetskravet. Departementet foreslår at den videre konkretisering og presisering foretas gjennom endringer i internkontrollforskriften. Det mener vi er en god løsning, uavhengig av om forslaget til § 4-2 første ledd fremmes».

Norsk sykepleierforbund mener at sikkerhet er en av dimensjonene i kvalitetsbegrepet og at det der-

for i lovteksten bare bør stilles krav til systematisk arbeid for å ivareta tjenestenes kvalitet. Når det gjelder definisjonen av kvalitetsbegrepet, uttaler *Oslo kommune*:

«Kommunen er positiv til at det gis en felles definisjon av kvalitet for helse- og omsorgstjenestene. Det er imidlertid ikke klart om definisjonen skal si noe om kvalitet både i helsesektoren og i den delen av tjenesten som hovedsakelig omtales som omsorg. Vi finner imidlertid at den foreslåtte definisjonen er svært «vid» og vanskelig tilgjengelig. I den grad det skal gis en definisjon av kvalitet — bør det være en definisjon som både tjenesteytere og helsemyndighetene kan få et eierskap til. Den foreslåtte definisjonen vil sannsynligvis kun ha interesse hos særlige deler av helseforvaltningen.»

Nissedal kommune foreslår følgende:

«I § 1 – 3e synast lite konkret og operasjonell. Her bør ein heller nytte kjente formuleringar som dei som finnast i ISO 9000:2000 der tenestar skal vere

- Verknadssfulle.
- Trygge og sikre.
- Involvere brukarar og gje dei høve til å kunne påverke.
- Er samordna og prega av kontinuitet.
- Nytte ressursane på ein god måte.
- Er tilgjengeleg og rettferdig fordelt.»

Helsedirektoratet uttaler:

«For øvrig avviker definisjonen i lovforslaget også fra definisjonen som brukes i Nasjonal helseplan (2007-2010). Det vil være vanskelig for helsetjenesten å skulle forholde seg til en rekke ulike definisjoner av kvalitet; i strategidokumenter og i lovverket.

Slik kvalitetsbegrepet er formulert i lovforslaget, finner Helsedirektoratet det vanskelig å lese et krav til kvalitetsutvikling ut av definisjonen. Vi mener også det kan være vanskelig å operasjonalisere et krav om at aktiviteter og tiltak skal øke sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen skal få «en ønsket helse relatert velferd». Hva er «ønsket helse relatert velferd»?

Utover et krav til å anvende «dagens profesjonelle kunnskap» gir kvalitetsdefinisjonen lite bidrag til å forstå hvilke egenskaper som ligger i begrepet kvalitet. Direktoratets synspunkt er at manglende kvalitet har vel så mye å

gjøre med sviktende samordning, organisering, kommunikasjon mv., som med manglende profesjonell kunnskap. Problemstillingen blir i så måte om en eventuell forankring av kvalitet og pasientsikkerhet skal dreie seg om å innføre nye, overordnede prinsipper i lovgivningen, eller om det hovedsakelig, eller i tillegg, bør fokuseres på å forbedre allerede eksisterende hjemmelsgrunnlag. Etter Helsedirektoratets mening vil det ikke være nok bare å fokusere på kunnskapssiden av det hele.

Etter direktoratets vurdering bør definisjonen av kvalitet i større grad ta hensyn til ovennevnte problemstillinger, eventuelt bør det sikres at forskriftshjemmelen i § 4-2 annet ledd gir klart mandat til å utdype kvalitetskravet tydeligere og mer operativt. I den forbindelse viser vi til Helsedirektoratets innspill til definisjon i forbindelse med utvikling av nasjonalt kvalitetsindikatorssystem».

Lillesand kommune uttaler:

Det ansees som en riktig utvikling at det rettes et sterkere fokus på kvalitet og pasientsikkerhet og at dette arbeidet gis et videre fokus enn internkontroll. Videre er det positivt at kommunene får lovfestet plikt til å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattes av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Det drøftes å endre navnet fra «internkontrollforskriften» til «forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester». Lillesand kommune mener at dette vil være en mer dekkende betegnelse som rommer et videre og mer positivt fokus i forhold til arbeid med kvalitet enn det begrepet internkontroll har gjort.

Faglig forsvarlighet defineres i høringsnotatet som «lovmessig minstekrav». Det framheves at det er en overordnet målsetting å ha en helsetjeneste av god kvalitet og departementet ønsker derfor at begrepet kvalitet defineres i ny lov.

I kvalitetsarbeid må det kontinuerlig defineres hva som er «god kvalitet». Dette vil kunne endre seg i tråd med brukerkrav, ressurser, utfordringsbilde etc. Departementets mål ved å definere kvalitet i loven er å understreke målsettingen om en helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet. Definisjonen kan således oppfattes som en definisjon av «god kvalitet» (som ønsket helsesrelatert velferd) heller enn en generell definisjon av kvalitet. Det oppleves

uheldig å antyde et kvalitetsnivå uten å inkludere nødvendige forutsetninger, og formuleringen «gitt dagens kunnskap og ressursrammer» bør derfor inkluderes i definisjonen dersom denne skal brukes.

Det er ulike syn på spørsmålet om eventuelt navneskifte for internkontrollforskriften. *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oppland* uttaler:

«Vi ser liten gevinst i et navneskifte. Det måtte i så fall få konsekvenser også for internkontrollen i barnevernstjenesten, i tjenesten til NAV etc.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland uttaler:

«Vi er samde i framlegga om å endre namnet på Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten til Forskrift om styringssystem for helse og omsorgstjenester og innarbeide krav til pasienttryggleik og kvalitet i denne. I denne samanheng kan det vurderast om det framfor eige føresegn om plikt til systematisk arbeid med pasienttryggleik, jf. lovframlegget § 4-2, kan det vurderast å innarbeid dette kravet i lovforslaget § 3-1, alternativt ei føresegn om plikt til styring, pasienttryggleik og kvalitet.»

Kommunal og regionaldepartementet uttaler:

«Vi viser til forslaget om å endre navnet på forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten til forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester. Begrepet internkontroll har, som HOD påpeker på side 250 i høringsnotatet, i noen grad festet seg i kommunesektoren. Av blant annet denne grunnen, mener vi at det har en selvstendig verdi å holde fast ved dette begrepet.»

Relativt få har uttalt seg om lovfesting av Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. *Helsedirektoratet* uttaler:

«Direktoratet er tilfreds med at Helsedirektoratets ansvar for å utvikle nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer foreslås lovfestet i § 4-3. Vi ser det også som hensiktsmessig at lovfesting teknisk gjennomføres både i helse- og omsorgsloven, spesialisthelsetjenesteloven, samt helsepersonelloven. Kravet bør også lovfestes i tannhelsetjenesteloven.»

Helsedirektoratet foreslår at teksten som foreslått i første ledd andre punktum: «Retningslinjer og veiledere skal baseres på god praksis (...)», endres til: «Retningslinjer og veiledere skal baseres på oppdatert kunnskap om god praksis(...)».

Statens helsetilsyn uttaler:

«Statens helsetilsyn støtter forslaget om å beskrive Helsedirektoratets ansvar for faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. Lovfestingen er etter vår vurdering ikke rettslig sett nødvendig, det følger av alminnelige statsforvaltningsprinsipper at direktorat kan/skal ivareta et slikt ansvar etter fullmakt. Det kan imidlertid ha en positiv pedagogisk funksjon og bidra til at retningslinjer og veiledere sees i sammenheng med ivaretagelse av bl.a. forsvarlighetskravet».

Flere høringsinstanser kommenterer behovet for å kunne måle kvalitet og blant annet at Helsedirektoratet tydelig får ansvar for at det utvikles nasjonale kvalitetsindikatorer:

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten uttaler blant annet:

«Kunnskapssenteret er tilfreds med at det i foreliggende lovforslag settes krav til helse- og omsorgstjenestene om systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid, herunder lovforslagets § 3-2 fjerde ledd som gir tydelig hjemmel for i forskrift å stille nasjonale krav til det kvalitetsmessige og funksjonelle innholdet i fastlegetilbudet. Men innhenting av kvalitetsinformasjon og systematisk arbeid med forbedringer av kvalitet kan også drives uten at sanksjonerende myndigheter er innblandet. Dette aspektet av bruk av kvalitetsmålinger er ikke tatt opp i lovforslaget på en tydelig måte. (...)»

Kunnskapssenteret mener det er viktig å presisere at kvalitetsindikatorer kan benyttes på både overordnet og mer praksisnært nivå. De kan fungere som støtte til helsepolitisk styring, til virksomhetsstyring og intern kvalitetsforbedring, og de kan benyttes av pasienter og brukere for å sammenlikne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested. Nasjonale kvalitetsindikatorer som offentliggjøres av Helsedirektoratet vil også ha en viktig funksjon ved å bidra til åpenhet om, og innsikt i helsetjenesten i en samfunnsmessig og

helsepolitisk sammenheng. Transparens, i form av offentlig tilgjengelig informasjon om helsetjenestens kvalitet og resultatoppgjørelse er en viktig forutsetning for å oppnå samfunnsmessig legitimering (accountabilityperspektivet)».

Mental Helse uttaler:

«I en tid med trang kommuneøkonomi, er det lett å tenke seg at tjenester som verken er lovfestet eller følges av øremerkede midler blir skviset til fordel for de lovpålagte og øremerkede oppgavene. Dette er en bekymring Mental Helse har. Mental Helse mener derfor at psykiske helsetjenester i kommunene må bli lovpålagt, og at det følges av en forskrift som beskriver krav til kvalitet og kvalifisert personale».

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon uttaler:

«Departementet foreslår at det gis en forskriftshjemmel knyttet til lovkravet om kontinuerlig kvalitetsforbedring, men at det ikke vil stilles krav til bestemt nivå for kvalitet. Det er en stor svakhet at lovgivningen kun angir retning for kvalitetsarbeidet og ikke fastsetter mer spesifikke krav».

Hurum kommune og flere andre kommuner uttaler:

«Når det gjelder kvalitetsdefinisjoner er det viktig å ha definisjoner som kan måles, enten objektivt eller subjektivt».

21.2.5 Departementets vurderinger og forslag

21.2.5.1 Definisjon av kvalitet

Flere høringsinstanser uttaler at høringsnotatets forslag til definisjon av kvalitet er uklar og at det er uheldig at lovt teksten, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring og Nasjonal helseplan ikke er samkjørte i begrepsbruk.

Det er vanskelig med få ord entydig å beskrive innholdet i kvalitetsbegrepet. Det er heller ikke rettslig nødvendig å definere begrepet kvalitet i selve loven. Forståelsen av hva som ligger i kvalitetsbegrepet endrer seg over tid. Departementet har derfor kommet til at kvalitet som begrep ikke bør defineres i lovforslaget.

21.2.5.2 Plikt til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid.

Plikten til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester er sentral i helselovgivningen. Kvalitet kan oppfattes som en dimensjon av forsvarlighetskravet. Plikt for enhver som yter helse- og omsorgstjenester til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring, er imidlertid et prosesskrav og ikke et krav til et bestemt nivå av kvalitet. Prosesskravet stiller først og fremst et krav om systematisk styring og ledelse av den aktuelle tjenesten, og tydeliggjør at arbeid for systematisk kvalitetsforbedring er en viktig virksomhetsoppgave. Plikten vil harmonere godt med det store arbeidet som er nedlagt i alle deler av helse- og omsorgstjenesten, blant annet i forbindelse med implementering av de nasjonale kvalitetsstrategiene.

Departementet har merket seg at høringsinstansene gjennomgående er positive til et krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Det vises for eksempel til høringsuttalelser fra flere kommuner og regionale helseforetak.

Det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring vil inngå som en naturlig del av virksomhetens internkontrollsystem. Metoder og fokus for kvalitetsforbedring er langt på vei de samme som ligger til grunn for internkontrolltenkning og metodikk. En plikt til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring vil derfor ikke stille vesentlige nye krav til virksomhetene, men innebærer blant annet at det kan føres tilsyn med at styringssystemet ivaretar systematisk arbeid med kvalitetsforbedring.

I praksis vil de ulike virksomhetene – fra store helseforetak til hjemmetjenester – ha ulike styringssystemer hvor regelverket krever at det som minimum inneholder «systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen» (internkontrollforskriften § 3). Ulike kvalitetssystemer er tatt i bruk i helseforetakene. Eksempler på dette er EFQM (European Foundation for Quality Management) og TQM (Total Quality Management). Systemene omfatter ikke bare det som kreves etter internkontrollforskriften. Kontinuerlig kvalitetsforbedring kan være å ha et system som sikrer at kliniske retningslinjer og beskrivelser av behandlingsforløp er oppdaterte og i samsvar med nasjonale retningslinjer, i tillegg til systemer for implementering og for å følge opp at de etterleves.

Kommunene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring på flere områder. Eksempler på dette er:

- Saksbehandlingen ved søknad om tjenester, for å sikre at søkere får tildelt tjenester av riktig omfang og innhold.
- Legemiddelhåndtering i sykehjem og i hjemmesykepleien, for å sikre at rett legemiddel blir gitt til rett pasient til rett tid.
- Legemiddelbehandling med sikte på å unngå overforbruk og bruk av legemidler som gir uønskede interaksjoner.
- Ernæring til eldre: Opplæring og rutiner for å sikre tilstrekkelig og riktig ernæring og rutiner for å følge med pasientenes ernæringstilstand.

Rapport fra prosjektet Kvalitetskommuner 2007-2010 viser at 138 kommuner har deltatt aktivt i Kvalitetskommuneprogrammet. I programmets database ble det høsten 2009 dokumentert 347 prosjekter, og flere er iverksatt senere. Tiltak er iverksatt både på system-, medarbeider- og atferdsnivå. Parter i avtalen er staten ved Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, KS og hovedsammenslutningene LO-kommune, YS-kommune, UNIO og Akademikerne.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å opprettholde forslaget fra høringsnotatet om plikt til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Eventuell ytterligere presisering av krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid kan tas inn i forskrift med hjemmel i bestemmelsenes andre ledd.

Internkontrollforskriften inneholder minimumskrav til innhold i et styringssystem. Departementet drøftet i høringsnotatet om internkontrollforskriften burde skifte navn til forskrift om styringssystem for å få enda tydeligere frem hva formålet med forskriften er og hva den egentlig regulerer.

Mange høringsinstanser er positive til dette, men det er enkelte motforestillinger, blant annet fra *Kommunal- og regionaldepartementet* og *Fylkesmannen* og *Helsetilsynet i Oppland*. Departementet er kommet til at dette er et spørsmål som bør vurderes ved en eventuell revisjon av internkontrollforskriften, og som det derfor ikke er hensiktsmessig å ta stilling til nå.

Når det gjelder lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav, vises det til at Stortinget i anmodningsvedtak nr. 189 3. desember 2007 uttalte følgende:

«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenestens sikres».

Dette vil blant annet bidra til å øke det lokale engasjementet for innholdet i omsorgstjenesten og tydeliggjøre lokale folkevalgte ansvar for kvalitet i tjenestene.

De overordede målene for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er å sørge for at alle med behov for slike tjenester får et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status. For funksjonshemmede er det et uttrykt mål at de skal ha full deltaking og likestilling i samfunnet. Kommunene må organisere et tilbud som ivaretar hensynet til endringer i befolkningens behov, og som sikrer kvalitet i tjenestene for alle brukergrupper.

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene søker å harmonisere regelverket i helse- og sosialtjenesten. Forskriften er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 6-9 og sosialtjenesteloven § 2-1 tredje ledd og § 4-6. Den gjelder pleie- og omsorgstjenester som ytes etter begge disse lovene. Intensjonen er å få en pleie- og omsorgstjeneste med en helhetlig tilnærming til oppgavene og brukerne. Forskriften gir kommunene et verktøy for å stille krav til kvalitet på kommunale tjenester og tydeliggjøre for brukerne hvilke forventninger de skal ha til tjenestene.

Ansvar for et kvalitativt godt tjenestetilbud påhviler kommunen, og i siste instans kommunens folkevalgte ledelse. Departementet ønsker tydelig å forankre dette ansvaret hos kommunens øverste ledelse gjennom en slik endring av kvalitetsforskriften som Stortinget har bedt om. En rekke kommuner finner det positivt at kvalitetskrav blir behandlet lokalpolitisk. Disse viser til at dette vil betinge at kommuner og tilsynsmyndighet har en lik oppfatning av hvilke kvalitetsindikatorer og -krav som skal gjelde. Departementet foreslår derfor at forskriftshjemmelen i tilknytning til kvalitet uttrykkelig gir departementet hjemmel til å kreve politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.

Departementet vil senere ta stilling til om dette skal knyttes direkte opp mot gjeldende kvalitetsforskrift.

21.2.5.3 *Helsedirektoratets rolle som faglig veileder*

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ligger under og blir etatsstyrt av

Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har flere ulike roller. Direktoratet er et fagorgan på folkehelse, levekårs- og helse- og omsorgstjenester og har en rekke faste forvaltningsoppgaver. Helsedirektoratet skal også sikre at vedtatt politikk iverksettes på dette området.

Helsedirektoratet utarbeider nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er viktige virkemidler for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon. Helsedirektoratets rolle fremkommer i ulike styringsdokumenter, men ikke i den lovgivning som retter seg mot helsepersonell og helse- og omsorgstjenestene.

Departementet foreslo i høringsnotatet å lovfeste Helsedirektoratets ansvar for å utvikle nasjonale faglige retningslinjer, veiledere samt utvikle og offentliggjøre nasjonale kvalitetsindikatorer. Lovfesting av dette ansvaret kan bidra til at Helsedirektoratets rolle blir tydeligere i helse- og omsorgstjenesten.

Få høringsinstanser har uttalt seg til forslaget, men de fleste som uttaler seg er positive.

Faglige retningslinjer må være kunnskapsbaserte og ivareta de etablerte prioriteringskriteriene og andre etiske og samfunnsmessige hensyn. Departementet er enig med Helsedirektoratet i at retningslinjer og veiledere bør baseres på kunnskap om god praksis og foreslår at bestemmelsen endres i tråd med dette.

Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenesten. Dersom tjenesteyteren velger en annen praksis enn det som foreslås i retningslinjer eller veiledere, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering.

På de områdene hvor det er utviklet nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, er det et ledelsesansvar å sikre at disse blir implementert i virksomheten. I tillegg til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer, er det behov for å ha oversikt over det internasjonale tilfanget av retningslinjer, for å gjøre disse tilgjengelige for tjenesten.

Departementet har også merket seg at mange av høringsinstansene påpeker behovet for å kunne måle kvalitet. Helsedirektoratet har ansvar for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Kvalitetsindikatorer bidrar til åpenhet om helsetjenesten, gir grunnlag for internt kvalitetsforbedringsarbeid og gir brukerne mulighet for å sammen-

likne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested. Kvalitetsindikatorer kan også fungere som styringsgrunnlag for ledere og eiere og som støtte til helsepolitisk styring.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget og foreslår bestemmelser i helseomsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 om Helsedirektoratets rolle. Departementet viser til at Helsedirektoratet har tatt opp at det bør tas inn en tilsvarende lovbestemmelse i tannhelsetjenesteloven. Departementet vil vurdere dette i forbindelse med revisjonen av tannhelsetjenesteloven. Det vises til omtale av dette i punkt 21.3.5.2.

21.3 Pasientsikkerhet

21.3.1 Generelt om pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet som tema har fått stor faglig og politisk oppmerksomhet de siste ti årene. EU har utarbeidet egne pasientsikkerhetsanbefalinger og WHO har pasientsikkerhet som egen satsning.

Pasientsikkerhet handler om vern mot unødig skade på pasienter som kan relateres til ytelse av helsetjenester. Det er gjort flere internasjonale undersøkelser som viser at 8-20 prosent av pasienter innlagt i sykehus blir utsatt for uønskede hendelser. Eksempler på ofte forekommende uønskede hendelser i sykehus er:

- sykehusinfeksjoner (beregnes til ca 25 prosent av alle uønskede hendelser)
- feil/skader ved legemiddelhåndtering
- feil/skader ved kirurgiske inngrep
- feil/forsinket diagnostisering
- feil/manglende respons på prøvesvar

Feil ved legemiddelhåndtering og feil/forsinket diagnostisering utgjør også en betydningsfull andel av uønskede hendelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Både i sykehusene og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir sviktende informasjonsoverføring og manglende samhandling risiko for uønskede hendelser. I 2008-2010 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene tilsyn med legemiddelbehandlingen i 67 sykehjem. I 51 av sykehjemmene ble det påvist at aktuelle lovkrav ikke var oppfylt. Blant annet ble det avdekket manglende oversikt hos sykehjemsledelsen over risikoforhold knyttet til legemiddelbehandlingen.

Sentralt i alt pasientsikkerhetsarbeid er å ha kunnskap om uønskede hendelser. Ulike verktøy (blant annet Global Trigger Tool) er tatt i bruk for å skaffe kunnskap om uønskede hendelser.

Mange virksomheter har også innført avviks- og meldesystemer.

Det er etablert flere ordninger for å fremme pasientsikkerheten i norsk helsetjeneste. Statens helsetilsyn fører tilsyn med at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte og forvalter meldeordningene etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og helsepersonelloven § 17. Helsetilsynet i fylket behandler klager fra pasienter. Pasientombudene kan bistå pasienter blant annet med å fremme klager og Norsk pasientskadeerstatning kan tildele pasienter erstatning ved behandlingssvikt. For å understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet ble Nasjonal enhet for pasientsikkerhet etablert i Kunnskapsenteret i 2007.

21.3.2 Gjeldende rett

En rekke lovbestemmelser i norsk helselovgivning skal verne om pasientenes sikkerhet. Ifølge helsepersonelloven § 1-1 er lovens formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

De fleste lovregulerte pliktene for helsepersonell har et sikkerhetsaspekt. Bestemmelsene om forsvarlighet i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 er sentrale.

Det vises til drøftingen av forsvarlighetskravet i kapittel 20.

I tilsynsloven § 3 andre ledd forutsettes det at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at svikt i helsetjenesten kan forebygges. Internkontrollplikten er nærmere regulert i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, jf. forskrift 20. desember 2002 nr. 1731. I henhold til forskriften § 4 skal virksomhetene blant annet gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten. De skal videre skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

Tilsynet med virksomheter er hjemlet i tilsynsloven § 3. Etter tilsynsloven § 3 skal Helsetilsynet i fylket påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygges svikt i helsetjenesten. Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette forholdene. Statens helsetilsyn kan også treffe vedtak om stenging av institusjon, og om tvangsmulkt

mot institusjon i spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-2.

Helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal opprette kvalitetsutvalg som ledd i sin internkontroll, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4. Kvalitetsutvalgene skal blant annet vurdere skadesaker, med sikte på å bruke denne informasjonen og erfaringen til tiltak som forebygger svikt i og forbedrer kvaliteten på helsetjenesten.

Retningslinjene som ble utarbeidet for kvalitetsutvalgenes arbeid, er ikke endret siden vedtaket av sykehusloven § 18 b. Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning er gitt i vedlegg til Statens helsetilsyns rundskriv av 4. februar 1994 (IK-7/94).

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 er det meldeplikt til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Dette er også en sentral bestemmelse for pasientsikkerhet – se nærmere om dette i kapittel 42.

Pasientrettighetsloven inneholder flere bestemmelser som berører pasientsikkerhet. Bestemmelsene om rett til nødvendig helsehjelp har for eksempel et sikkerhetsaspekt. Bestemmelsene om medvirkning og informasjon understøtter pasientens deltagelse, også i forhold til egen sikkerhet.

De ulike klageordningene i blant annet pasientrettighetsloven, helsepersonelloven § 55 og kommunehelsetjenesteloven § 2-4 skal også bidra til å ivareta pasientsikkerhet.

21.3.3 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått at begrepet pasientsikkerhet skulle defineres i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 b og ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 1-3. Pasientsikkerhet ble foreslått definert på følgende måte: «Vern mot unødig skade som påføres som følge av ytelse av helse- og omsorgstjenester eller mangel på ytelse av helse- og omsorgstjeneste».

Videre ble det foreslått en ny bestemmelse om plikt til systematisk pasientsikkerhetsarbeid i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 b.

Når det gjelder kvalitetsutvalgenes rolle i systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, foreslo departementet å endre spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 slik at virksomhetene skulle stilles friere med hensyn til hvordan utvalgene og pasientsikkerhetsarbeidet for øvrig organiseres.

Det ble imidlertid understreket at organiseringen skulle være dokumentert og tydelig, og at det måtte fremgå at dette er et lederansvar.

21.3.4 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstansene som har uttalt seg om forslaget om krav til systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid, er positive.

Norsk pasientforening uttaler om pasientsikkerhet:

«NP har allikevel erfaring med at pasientsikkerhet ikke gjelder for alle grupper pasienter eller alle pasienter. Dette ser vi spesielt når pasientens perspektiv blir fraværende. Derfor er det av stor betydning, når det påpekes i forslag at pasientsikkerhet utelukkende må vurderes fra pasientens perspektiv når kvalitet og forsvarlighet vurderes i et objektivt perspektiv.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland uttaler:

«Pasienttryggleik er viktig. Omtalen i høringsdokumentet er uklar og motstridende. Vi meiner at pasienttryggleik mellom anna føreset styring av prosessar. Krav til prosessar og utfall av dei kan ikkje utelukkande vurderast frå pasientens perspektiv. Vi kan heller ikkje sjå at arbeidet med pasienttryggleik kan eller skal ha fokus på resultat aleine.

Det er nødvendig å få større merksemd på fagleg innhald i tenestene og å bruke denne kunnskapen i styring og vidareutvikling av dei.»

Helsedirektoratet uttaler følgende:

«(...) Kravet bør også lovfestes i den tredje tjenesteloven, tannhelseloven. Denne loven er ikke omtalt i høringsforslaget, men vi kan ikke se grunnlag for at kravet til pasientsikkerhet skulle være annerledes i denne delen av helsetjenesten.»

Få har uttalt seg om forslaget om endring av kvalitetsutvalgenes rolle. *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Diabetesforbundet, Den norske legeforening* og Helsedirektoratet vil alle beholde plikten slik den er. Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nord-Trøndelag og Helsedirektoratet foreslår i tillegg at kommunene skal ha kvalitetsutvalg.

Den norske legeforening uttaler:

«Ordningen med obligatoriske kvalitetsutvalg er en god ordning som fungerer etter intensjonene. Kvalitet og pasientsikkerhet må ligge til grunn i all virksomhet innen helsetjenesten, og det må derfor være klare krav til hvordan dette arbeidet skal gjøres i alle ledd av helsetjenesten.

Legeforeningen mener det er av stor betydning at plikten til å ha kvalitetsutvalg i sykehus opprettholdes, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4. I en situasjon med stor vekt på innsparinger og prioriteringer, risikerer vi at arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet blir nedprioritert. Lovfesting vil innebære at dette ikke kan vurderes som en salderingspost i stramme sykehusbudsjetter, noe som er nødvendig dersom målet er at alle sykehus skal ha faste arenaer for arbeid med kvalitet.»

Oslo universitetssykehus HF uttaler:

«Oslo universitetssykehus støtter kravet om større frihet i forhold til organisering av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i forhold til dagens § 3-4. Videre kommentarer:

1. Økt frihet må ikke føre til at dette arbeidet nedprioriteres i virksomhetene. Til tross for lovkravet om kvalitetsutvalg i § 3-4 har erfaringen vist en svært ujevn og noen ganger mangelfull praktisering i spesialisthelsetjenesten. Det bør derfor, som foreslått, være et krav om dokumentasjon av det overordnede kvalitetsarbeidet, enten det skjer i form av utvalg eller dedikerte staber eller kompetansefunksjoner i virksomheten, som er mer vanlig i andre land.»

Enkelte høringsinstanser påpeker at omtalen av pasientsikkerhet i stor grad er knyttet opp mot spesialisthelsetjenesten, og savner tilsvarende omtale av forholdet til pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nordland* uttaler:

«Pasientsikkerhet omhandler pasienter og helsetjenesten, ikke brukere og omsorgstjenesten. Paragrafen må derfor ha et annet navn, for eksempel Pasient- og brukersikkerhet og kvalitet.»

21.3.5 Departementets vurderinger og forslag

21.3.5.1 Om pasientsikkerhet

Som beskrevet foran i pkt. 21.3.2 opptrer begrepet pasientsikkerhet sporadisk i lovgivningen. Det kan også hevdes at gjeldende krav til forsvarlige tjenester blant annet innebærer et krav om å unngå at pasienter blir utsatt for unødvendig skade.

Departementet mener likevel at det bør stilles uttrykkelige krav om systematisk pasientsikkerhetsarbeid i lovgivningen, og oppfatter det slik at de fleste høringsinstansene er positive til dette. Det er særlig to grunner til at departementet mener dette er viktig. For det første er det nødvendig for at systematisk pasientsikkerhetsarbeid skal få tilstrekkelig fokus. For det andre bør norsk helselovgivning tilpasses den kunnskapen som finnes internasjonalt.

Sverige har langt på vei gjort dette i en ny lov om pasientsikkerhet som Riksdagen vedtok 16. juni 2010. Loven trådte i kraft 1. januar 2011. Viktige punkter i den nye loven er blant annet at helsetjenesten får et tydelig ansvar for selv å utrede hendelser som ledet til, eller som kunne ha ledet til, en pasientskade (vårdskada). Vårdskada er definert som «lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dødsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården». Helsepersonellet pålegges lokal meldeplikt for alle uønskede hendelser og pasienter og pårørende skal på ulike måter motiveres og involveres i pasientsikkerhetsarbeid.

Danmark vedtok sin pasientsikkerhetslov allerede 4. juni 2003. Dette var visstnok den første loven av sin art i verden.

Nesten ingen av høringsinstansene har kommentert departementets forslag til definisjon av pasientsikkerhet. Etter en fornyet vurdering er departementet kommet til at det ikke er behov for å utdype pasientsikkerhetsbegrepet i loven. Departementets forslag til definisjon i høringsnotatet var basert på gjennomgang av definisjoner av pasientsikkerhet i andre land og fra WHO og EU. Forslaget om å definere begrepet i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven opprettholdes derfor ikke. Departementet vil likevel kort kommentere innholdet i systematisk pasientsikkerhetsarbeid.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland uttaler i sin høringsuttalelse at de ikke kan se at arbeidet med pasientsikkerhet bare skal ha fokus på resultatet for pasienten. Departementets hensikten med omtalen av dette i høringsnotatet, var

å få frem at når en pasient er påført skade er dette interessant i pasientsikkerhetsarbeidet uavhengig av hva årsaken til skaden er. Eksempler på dette kan være sykehusinfeksjoner eller reoperasjoner. Det kan således være svikt i pasientsikkerheten selv om systemet kan dokumentere høy kvalitet og sikkerhet, og uavhengig av om helsepersonellet har handlet mer eller mindre forsvarlig. Også skader som har oppstått fordi man ikke fikk den helsehjelpen man hadde krav på, er skader som bør vurderes i et pasientsikkerhetsperspektiv. Eksempler på dette kan være at ambulansse ikke er sendt til pasienten til tross for at det forelå en øyeblikkelig-hjelp-situasjon eller at en pasient med kreftdiagnose ikke blir innkalt til undersøkelse med den følge at pasientens prognose forverres. Systematisk pasientsikkerhetsarbeid vil således være alle systematiske tiltak som iverksettes for å opprette og vedlikeholde vern mot unødig skade.

21.3.5.2 *Krav til systematisk pasientsikkerhetsarbeid*

Det er en utfordring å finne frem til tiltak som kan gi bedre vern mot at pasienter utsettes for risiko for skade og å forankre disse rettslig. Trygge og sikre tjenester er ett av målene i *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Mange virksomheter har igangsatt arbeid med pasientsikkerhet. Det er naturlig å se kravet om systematisk pasientsikkerhetsarbeid som en del av kravet til internkontroll, jf også punkt 21.2.5.2 om forslaget om krav til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og sammenhengen mellom dette og internkontroll.

Følgende elementer er sentrale i virksomhetenes systematiske arbeid med pasientsikkerhet:

- ivaretagelse av pasient, pårørende og helsepersonell som har vært involvert i hendelse med betydelig skade
- dokumentasjon av hvordan det organisatoriske ansvaret for pasientsikkerhetsarbeidet er fordelt internt
- systemer for at uønskede hendelser blir rapportert og registrert som ledd i lærings- og forbedringsarbeidet
- utredning av uønskede hendelser i virksomheten som har medført eller som kunne ha medført en pasientskade, herunder klarlegge hendelsesforløpet og gjennomføre de tiltak som er nødvendige for å forebygge at pasienter utsettes for skade

- systemer for måling av pasientsikkerhet og risiko
- anledning for pasienter og deres pårørende til å delta i pasientsikkerhetsarbeidet

For å få det nødvendige fokuset på pasientsikkerhetsarbeidet i virksomheten, er det viktig at ledelsen etterspør resultater fra pasientsikkerhetsarbeidet. Resultater og erfaringer bør også deles og gjøres fortløpende kjent. På denne måten kan resultatene bidra til læring både innad i virksomheten og i andre deler av helsetjenesten.

I høringsnotatet ba departementet spesielt om høringsinstansenes syn på at internkontrollforskriften revideres slik at også krav til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringsarbeid omfattes. Høringsinstansene er gjennomgående positive til dette. Departementet vil vurdere forslaget nærmere i forbindelse med forskriftsarbeidet.

Virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten kan ha svært forskjellig karakter. Risikoen for at pasienter og brukere blir utsatt for skade som følge av helse- og omsorgstjenester, vil derfor kunne variere mye mellom de ulike delene av tjenestene. I praksis vil også konkrete tiltak for å unngå skader kunne variere. Departementet mener at kravet om systematisk arbeid for å unngå skader på pasienter eller brukere bør gjøres obligatorisk for alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Systematisk arbeid med sikkerhet for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester er like viktig som i spesialisthelsetjenesten. For å synliggjøre at alle helse- og omsorgstjenestene er dekket, bør begrepet «pasient- og brukersikkerhet» benyttes.

På denne bakgrunn foreslår departementet å lovfeste at enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter den nye loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for pasient- og brukersikkerhet. Se forslag til ny lov § 4-2 første ledd. Det foreslås videre hjemmel i andre ledd til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om plikten. Departementet foreslår tilsvarende bestemmelser for pasientsikkerhetsarbeid i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Det vises til at helsedirektoratet har tatt opp at det også bør tas inn bestemmelser om systematisk kvalitetsforbedrings og pasientsikkerhetsarbeid i tannhelsetjenesteloven. Departementet arbeider for tiden med en revisjon av tannhelsetjenesteloven, og dette spørsmålet vil bli vurdert i forbindelse med dette lovarbeidet. Departementet tar sikte på å sende forslag til ny tannhelsetjenestelov på høring i løpet av 2011.

21.3.5.3 Kvalitetsutvalgene

Kvalitetsutvalgene som skal opprettes etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 er sentrale bindeledd mellom Helsetilsynet i fylket og virksomhetene og helseforetakene. Utvalgene behandler avvik og vurderer om disse bør sendes Helsetilsynet i fylket som melding om betydelig skade på pasient i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

Etter departementets oppfatning, er det nødvendig at det er en klar kobling mellom styringslinjen og arbeidet i kvalitetsutvalgene. Det kan innvendes mot gjeldende lovgivning med rundskriv at dette ikke er tilstrekkelig tydelig. Flytting av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 til Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten (se kapittel 42), vil sannsynligvis endre måten kvalitetsutvalgene arbeider med disse meldingene på. Dette blant annet fordi melding til Kunnskapssenteret skal sendes straks og ikke etter at kvalitetsutvalget har behandlet den slik som i dag. Departementet foreslo derfor i høringsnotatet at det ikke lenger skulle være en lovpålagt plikt til å opprette kvalitetsutvalg, men at organisering av kvalitetsforbedringsarbeidet i større grad burde overlates til virksomhetene i samsvar med prinsipper for internkontroll og styring.

Flere høringsinstanser har uttalt at plikten for helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten til å ha kvalitetsutvalg bør videreføres. Flere, blant annet Legeforeningen, har gitt uttrykk for at det kan medføre en risiko for nedprioritering av arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet, dersom kvalitetsutvalgene ikke lenger er lovpålagte organer.

På denne bakgrunn foreslår departementet at kvalitetsutvalgene fremdeles bør være lovpålagte organer. Se forslag til § 3-4 i spesialisthelsetjenesteloven. Departementet understreker imidlertid viktigheten av at utvalgenes arbeid er forankret i virksomhetenes ledelse.

Departementet har også merket seg at enkelte høringsinstanser ønsker kommunale kvalitetsutvalg etter modell fra spesialisthelsetjenesten. Som det fremgår i kapittel 42, ønsker departementet å høste erfaringer med meldeordningen før det eventuelt vurderes om den bør utvides til også å gjelde kommunene. Det samme gjelder spørsmålet om å innføre en plikt til å opprette kvalitetsutvalg i kommunene. Plikten til internkontroll forutsetter imidlertid at kommunene har hensiktsmessige rutiner blant annet for å håndtere og å følge opp avvik.

For å få tydelig frem at pasientsikkerhet også bør inngå i kvalitetsutvalgenes arbeid, foreslår departementet at utvalgene skifter navn fra kvalitetsutvalg til kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.

22 Utdanning

22.1 Innledning

Utdanning og kompetanseutvikling blir svært viktig for å nå samhandlingsreformens målsettinger. Ved utdanning av personell som yter helse- og omsorgstjenester har både utdanningsinstitusjonene og helse- og omsorgstjenesten viktige roller. Hovedansvaret for utdanning av personellet ligger i utdanningssektoren. Helse- og omsorgstjenestens ansvar og medvirkning er primært knyttet til praksisdelen av aktuelle utdanninger. Praksisdelen foregår både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det er essensielt at begge tjenestesteder har og tar ansvar for å gi god og hensiktsmessig opplæring til studenter og lærlinger som skal ha sitt arbeid i helse- og omsorgstjenesten.

22.2 Gjeldende rett

Etter kommunehelsetjenesteloven § 6-1 plikter enhver kommune å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Kommunen skal videre ifølge § 6-2 første ledd sørge for at ansatt helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning.

Av andre ledd følger det at kommunen skal medvirke til at helsepersonell i privat virksomhet innen dens helsetjeneste får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Denne plikten går ifølge forarbeidene ikke lenger enn til å medvirke til at personale som er knyttet til kommunen ved avtale får adgang til å søke nødvendig videre- og etterutdanning. En slik medvirkning fra kommunens side vil kunne bestå i bistand til vikarordning og lignende ved blant annet kursopphold. Det forutsettes således ikke kostnadsdekning.

Tredje ledd fastslår at helsepersonell plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet, og som må anses for nødvendig for å holde kvalifikasjoner ved like. Det kan imidlertid ikke forlanges at personellet skaffer seg en høyere utdanning enn den som svarer til den stilling det har. Videre- og etterutdanning er en del av

arbeidsplikten, men den innebærer ifølge forarbeidene ingen plikt til økonomiske ofre i form av betaling for kurs, utgifter til opphold utenfor hjemmet eller lignende. Personalet må få rimelig dekning for merutgifter som videre- og etterutdanning fører med seg. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunenes medvirkning.

Etter sosialtjenesteloven § 2-3 har kommunen ansvaret for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell. Personalet er forpliktet til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like. Bestemmelsen regulerer, i likhet med kommunehelsetjenesteloven § 6-2, videre- og etterutdanning. Kongen kan gi forskrifter om opplæringen.

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 er utdanning av helsepersonell en av sykehusenes hovedoppgaver. Undervisning er også ett av helseforetakenes formål etter helseforetaksloven § 1. Det følger derfor av spesialisthelsetjenesteloven § 3-5 at de regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring dekkes innen helseregionen. Departementet kan gi forskrifter.

22.3 Forslag i St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* vises det til sentrale utfordringer og aktuelle tiltak på utdanningsområdet. Betydningen av kommunenes ansvar for helse- og omsorgstilbudet til befolkningen understrekes. Veksten i spesialisthelsetjenesten skal dempes både gjennom en styrking og utvikling av det tjenestetilbudet som finnes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og gjennom oppbygging og overføring av nye oppgaver til kommunene. Denne kursendringen innebærer at kompetanse og kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må styrkes.

Det vises videre til at helse- og omsorgstjenesten har viktige roller inn mot det formelle utdanningssystemet, både som praksisarena og som fremtidig arbeidsgiver eller avtalepart. Helse- og omsorgstjenesten må sikres et tiltrekkelig antall

kompetent helse- og sosialpersonell, og både utdanningssystemet og kommunene må bidra til dette.

Stortinget har i Innstilling 212 S (2009-2010) presisert at dersom de politiske mål for samhandlingsreformen skal nås, må kompetanse kanaliseres til kommunehelsetjenesten og de prioriterte fagområdene. Det må legges større vekt på å utdanne helse-, omsorgs- og sosialpersonell som er tilpasset de fremtidige kommunale oppgaver, og de myndighetsmessige rammebetingelsene må understøtte kanalisering av personell til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I innstillingen uttales det videre at utdanningsinstitusjonene i for stor grad er rettet inn mot spesialisthelsetjenesten og at kommunene, på lik linje med spesialisthelsetjenesten, må gis en avtalemessig mulighet til å ivareta sine behov og interesser overfor utdanningsinstitusjonene.

22.4 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo å videreføre kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av personell som yter helse- og omsorgstjenester. Forslaget til videreføring av kommunens plikter knyttet til videre- og etterutdanning gjaldt imidlertid både for helsepersonell og annet personell som omfattes av loven, herunder det personellet som i dag er ansatt i sosialtjenesten. Personellets plikt til å ta del i videre- og etterutdanning ble også foreslått videreført uendret. Departementet foreslo videre å tydeliggjøre kommunens ansvar for utdanningsoppgaver ved å innta samarbeid om utdanning som et obligatorisk element i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene. Forskriftshjemlene ble foreslått beholdt uendret.

22.5 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser har uttalt seg om høringsnotatets omtale av og forslag til regulering av undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning. Flertallet av høringsinstansene støtter uttrykkelig departementets vurdering av at utdanning og kompetanseutvikling blir svært viktig for å nå samhandlingsreformens målsetninger. Flere viser til at reformen vil gi behov for ny kunnskap og økt kompetanse.

Flere av høringsinstansene er positive til at kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av personell som yter helse-

og omsorgstjenester foreslås videreført. Av de som støtter videreføring av kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring, støtter flertallet at medvirkningsansvaret videreføres med noen supplerende tiltak. En del høringsinstanser fremhever at de ser positivt på at departementet tar sikte på å gi en felles forskrift om undervisning og praktisk opplæring i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Mange høringsinstanser mener at kommunens ansvar for undervisning og praktisk opplæring bør tydeliggjøres i større grad. Flere av disse høringsinstansene, herunder *Universitets- og høyskolerådet* og *Arbeidsgiverforeningen SPEKTER*, mener at kommunene bør pålegges et ansvar mer i tråd med ansvaret i spesialisthelsetjenesten. Universitets- og høyskolerådet uttaler følgende:

«UHR er særlig opptatt av det gjensidige ansvaret kommunene og utdanningsinstitusjonene har i profesjonsutdanningene. Det følger av dette at kommunene må ha et rammeverk som eksplisitt beskriver deres ansvar for veiledning av studenter i praksis».

Enkelte høringsinstanser peker på utfordringer med å skaffe tilstrekkelige og gode praksisplasser i primærhelsetjenesten. *NTNU* mener at «(...) det i for liten grad finnes kontaktpersoner eller enheter i kommunene med overordnet ansvar for å tilrettelegge for praksisopplæring i primærhelsetjenesten».

Flere av høringsinstansene påpeker at utdanningsinstitusjonene og utdanningene er for mye rettet inn mot spesialisthelsetjenesten. *Kommunalsektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)* uttaler at «(...) det må legges langt mer vekt på å utdanne/videreutdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver og utfordringer».

Flere høringsinstanser fremhever at det vil være viktig med nær kontakt og samarbeid mellom kommunene og relevante utdanningsinstitusjoner. Enkelte instanser mener at kommunenes forhold til institusjonene som utdanner helse- og omsorgspersonell bør lovfestes. *NTNU*, *Dekamøtet i medisin*, *Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge* og *NTNU* og *Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge* og *Høgskolene* foreslår at det i lovforslaget § 8-1 spesifiseres at kommunene «(...) plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell, herunder også videre og etterutdanning i samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner».

Departementets forslag om at samarbeid om utdanning, praksis og læretid skal inntas som et obligatorisk element i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene støttes av flere høringsinstanser. NTNU, Dekanmøtet i medisin, Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge og NTNU og Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge og Høgskolene foreslår også her at bestemmelsen spesifiserer at samarbeid skal skje i samråd med regionens universitet og høgskoler.

Det er få høringsinstanser som uttaler seg konkret om departementets forslag om en videreføring av kommunehelsetjenestelovens og sosialtjenestelovens bestemmelser som pålegger kommunene å sørge for at ansatte får påkrevet videre- og etterutdanning, jf. lovforslaget § 8-2. Enkelte høringsinstanser, blant annet *Hovedorganisasjonen for universitets- og høyskoleutdannede (UNIO)* og *Norsk Sykepleierforbund (NSF)*, støtter imidlertid uttrykkelig forslaget.

22.6 Departementets vurderinger og forslag

Personell som yter helse- og omsorgstjenester utdannes ved universitet, høgskoler, videregående skoler og fagskoler. Hovedansvaret for utdanning av personell ligger i utdanningssektoren. Helse- og omsorgstjenestens ansvar og medvirkning er knyttet til praksisdelen av aktuelle utdanninger. I dagens lovgivning har både kommunene og helseforetakene et ansvar for praksisundervisning av personell under utdanning. Det er vesentlig at begge de to tjenestenivåene fortsatt har et tydelig ansvar for utdanning av personell, og gir god opplæring til studenter som skal ha sitt arbeid i helsetjenesten. Rekruttering av personell med riktig kompetanse til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er nødvendig for at målene i samhandlingsreformen skal nås. For at større andel av personell fra høgskole og universiteter skal velge sin arbeidsplass i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må de i sin utdanning få god opplæring og kunnskap om og i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Tiden de tilbringer i praksisutdanning eller læretid må oppleves faglig tilfredsstillende og meningsfull. Studenter og lærlingers senere valg av arbeidssted påvirkes blant annet av hvordan de opplever praksisundervisningen eller læretiden. Kommunene tilrettelegger, følger opp og prioriterer undervisning og opplæring ulikt. En utfordring er at mange kommuner ofte ikke har kapasitet og kompetanse til å følge opp lærlinger, studenter og turnuskandidater.

Flere høringsinstanser mener at kommunenes ansvar for undervisning og praktisk opplæring må tydeliggjøres i større grad enn det departementet foreslo i høringen, blant annet ved at kommunene pålegges et tilsvarende lovpålagt ansvar som spesialisthelsetjenesten. Departementet har vurdert om det bør være mer likelydende ordlyd i krav til helse- og omsorgstjenesten i kommunene som til de regionale helseforetakene. Etter en helhetlig vurdering har departementet ikke funnet dette hensiktsmessig nå, blant annet grunnet ulike ansvarsforhold. Det er videre behov for en nærmere vurdering av hvilke konsekvenser en slik endring vil medføre for kommunene. Samtidig legger departementet til grunn behov for en styrking og tydeliggjøring av området. Kommunenes ansvar for utdanning vil også være tema i Kunnskapsdepartementets kommende stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene, hvor alle forhold rundt praksis vil bli vurdert.

Departementet vil derfor foreløpig videreføre nåværende lovregulering av kommunens ansvar for utdanning hvor en hver kommune plikter å medvirke til undervisning og opplæring av personell som yter helse- og omsorgstjenester, herunder også videre- og etterutdanning. Samtidig er det nødvendig med noen supplerende tiltak. Samarbeid om utdanning, forskning, praksis og læretid er foreslått inntatt i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene. Dette legger til rette for å se utdanningsbehovet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten i sammenheng og kan legges til grunn for felles planlegging.

Videre vil en felles forskrift om undervisning og praktisk opplæring i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten kunne tydeliggjøre og presisere samlet ansvar for foretakenes og kommunenes medvirkning til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell. Departementet tar sikte på å utarbeide en slik forskrift.

Flere høringsinstanser fremhever at det også vil være viktig med nær kontakt og samarbeid om utdanning mellom kommunene og relevante utdanningsinstitusjoner, herunder har særlig utdanningsinstitusjonene foreslått at det bør lovfestes en plikt for kommunene til å samarbeide med institusjonene som utdanner personell som yter helse- og omsorgstjenester. Departementet er ikke uenig i at samarbeid mellom kommunene og utdanningsinstitusjonene vil være viktig for å få dekket utdanningsbehovet i kommunene. Hvorvidt et slikt samarbeid skal pålegges i loven, var imidlertid ikke en del av forslaget som ble sendt

på høring. Høringsinstansene har derfor ikke hatt foranledning til å uttale seg om spørsmålet. Departementet har av samme grunn heller ikke utredet eventuelle administrative og økonomiske konsekvenser av å pålegge et slikt samarbeidsansvar i lov. Departementet viser også til at dette bør ses i sammenheng med Kunnskapsdepartementets arbeid med ny stortingsmelding om velferdsstatsutdanningene. Departementet vil påpeke at selv om det ikke foreslås en lovpålagt plikt til samarbeid om utdanning, vil det være hensiktsmessig at kommuner og utdanningsinstitusjoner på eget initiativ inngår samarbeid.

Videre påpeker et flertall av høringsinstansene at utdanningsinstitusjonene er for mye rettet mot utdanning i spesialisthelsetjenesten og at det må legges langt mer vekt på å utdanne og videreutdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver og utfordringer. Departementet er enig i at for å nå samhandlingsreformens målsettinger, må det legges vekt på å utdanne personell som er tilpasset de fremtidige kommunale oppgavene. Utdanningsområdet må utvikles slik at det samsvarer med samhandlingsreformens intensjoner og mål, og det vil være behov for å vurdere både innhold i og innretting på utdanningene. Dette blir et av hovedtemaene i Kunnskapsdepartementets stortingsmelding.

Fra departementets side legges det til grunn at reformen vil innebære behov for endringer i utdanningen av fremtidig helse- og omsorgspersonell. Det må utdannes personell med gode teoretiske og praktiske kunnskaper som gjør dem i stand til å møte komplekse og kompetansekravende oppgaver i helse- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter en utdanning som er kunnskapsbasert og holder høyt, internasjonalt nivå. Det forutsetter også gode praksisopphold med god faglig veiledning. Videre utvikling på området fordrer både samhandling og klare ansvarforhold mellom helse- og utdanningsmyndighetene.

Mange høringsinstanser peker på viktigheten av utvikling av samhandlingskompetanse. Temaer som tverrfaglighet, samhandling, folkehelse og forebygging bør bli tydeligere også i utdanningene. Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen peker på at helse- og omsorgstjenesten er organisert i søyler, noe som er utfordrende når pasienten skal gis en koordinert og helhetlig tjeneste. Samhandlingskompetanse, tverrfaglighet, brukermedvirkning og pasientforløpstenking er sentrale begreper i reformen som må få praktisk innhold i helsetjenesten som ytes, og gjenspeiles i utdanningene. Dette er områder som vil være naturlig blir vurdert nærmere i forbindelse med Kunnskapsdepartementets arbeid med ny stortingsmelding om velferdsstatsutdanningene.

Det er behov for å se på kommunenes ivaretagelse av sine oppgaver som praksissted og i læretiden innenfor helse- og omsorgsutdanningene. I forbindelse med Kunnskapsdepartementets arbeid med ny stortingsmelding om velferdsstatsutdanningene vil den samlede virkemiddelbruken på praksisområdet bli vurdert, herunder mulig lovregulering av om kommunene skal pålegges å sørge for tilstrekkelig kapasitet og kvalitet på undervisningen.

På denne bakgrunn foreslår departementet å videreføre kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring for helsepersonell i ny lov § 8-1. Kommunens plikter knyttet til videre- og etterutdanning foreslås videreført i ny lov § 8-2 slik at de gjelder både for helsepersonell og annet personell som omfattes av loven, herunder det personellet som i dag er ansatt i sosialtjenesten. Departementet foreslår imidlertid en noe endret ordlyd i bestemmelsen om personell i privat virksomhet med avtale med kommunen for å gjøre den mer tilgjengelig. Se bestemmelsens andre ledd. Dette medfører ingen endring av kommunens plikt.

23 Forskning

23.1 Innledning og bakgrunn

Samhandlingsreformens målsettinger om økt samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, helhetlige pasientforløp, og en styrket kommunal helse- og omsorgstjeneste gir behov for ny kunnskap og økt kompetanse i tjenesten. Et virkemiddel i dette arbeidet er økt forskning, som grunnlag for både kunnskapsbasert praksis, kvalitetsutvikling og forskningsbaserte utdanningsløp som ofte inkluderer praksisundervisning i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

I en rapport fra Commonwealth fund om primærhelsetjenesten i elleve land for 2009 fremkommer det at helsepersonell i primærhelsetjenesten i Norge i vesentlig mindre grad enn land det er naturlig å sammenligne seg med, rutinemessig mottar og analyserer resultater av behandling i egen praksis. Dette understreker behovet for økt fokus på forskning og kunnskapsbasert praksis i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Det er i dag utfordringer knyttet til rekruttering av allmennleger til forskning. Mens to prosent av allmennlegene har en doktorgrad, er antallet fire ganger så høyt hos leger tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Dette er imidlertid ikke et særnorsk fenomen. I legekårsundersøkelsen fra 2004 fremkommer det at mens 25 prosent av indremedisinerne og kirurgene mener at egen forskning, faglig utvikling og vedlikehold har stor betydning, er tilsvarende tall for allmennmedisinerne 6 prosent. Universitetet i Oslo arbeider systematisk med å møte denne utfordringen for allmennmedisinen. For å styrke veiledningen av medisinstudenter, og danne grunnlag for et økt forsknings-samarbeid, er det ansatt om lag 120 allmennleger i bistillinger som universitetslektor. Andre helsepersonellgrupper tilknyttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten har liknende utfordringer med kunnskapsvedlikehold og faglig utvikling som allmennmedisinerne.

Forskning om, for og i den kommunale helse- og omsorgssektoren skjer i hovedsak i forskningsinstitusjonene eller i samarbeid med disse. Dette er i hovedsak universitets- og høyskolesek-

toren. I de tilfeller der kommunen selv deltar i, eller initierer, forskningsprosjekter for å understøtte behovet for praksisnær forskning og kunnskap, er dette i hovedsak forskning som gjennomføres av helsepersonell som har kombinert sin praksisutøvelse med en vitenskapelig karriere, og som er tilknyttet universitets- og høyskolesektoren.

Det er i dag etablert enkelte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner som også omfatter forskning og fagutvikling. «Forskning og god praksis» er for eksempel en del av prosjektet Helsedialog som er etablert mellom kommunene i Sør- og Øst Norge og helseforetakene i Helse Sør-Øst. I 2010 og 2011 er det også stilt krav om at de regionale helseforetakene skal ha økt fokus på samhandlingsforskning.

Finansiering av forskning om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren skjer blant annet gjennom Forskningsrådets bidrag til helseforskning. Tilskuddet til helseforskning gjennom Forskningsrådet har økt med 66 prosent i perioden 2006-2009 og kanaliseres i stor grad til universitets- og høyskolesektoren. I Forskningsrådet er det øremerkede midler som er særskilt relevant for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Dette omfatter programmer som helse- og omsorgstjenester, psykisk helse, rus, folkehelse, utstøting fra arbeidslivet, aldersforskning, geriatri samt pasientrettet klinisk forskning innenfor allmennmedisin. Gjennom Helse og omsorgsprogrammet finansieres blant annet de regionale kompetansesentrene for omsorgsforskning.

Departementet finansierer de allmennmedisinske forskningsenhetene som er tilknyttet universitetene i henholdsvis Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Det var pr. desember 2009 i alt 25 årsverk og 59 ansatte tilknyttet disse enhetene. Av de ansatte var det 20 med doktorgrad, 35 stipendiater og 4 tilknyttet administrative støttefunksjoner. I tillegg bidrar nasjonale kompetansesentra til relevant forskning for den kommunale helse-sektoren. Dette gjelder Nasjonalt senter for legevaktsmedisin (Bergen), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Tromsø) og Antibiotikasenteret for primærmedisin (Oslo). Profesjonsforeningene til-

delers også midler til forskning om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren. I tillegg finansieres forskning gjennom frivillig sektor og legemiddelindustrien.

23.2 Gjeldende rett

Helseforetakene har ansvar for forskning som er relevant for behandling i spesialisthelsetjenesten, dvs. primært pasientrettet klinisk forskning. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 hvor forskning er en av fire hovedoppgaver for sykehusene. Universitetssykehusene er tillagt et særskilt ansvar for forskning ut over dette, jf. forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren er ikke forskning lovregulert slik det er for helseforetakene.

23.3 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det ikke foreslått lovregulering av kommunens ansvar for forskning. Departementet påpekte imidlertid at det ville være viktig med økt medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i den forskningen som gjennomføres i regi av forskningsinstitusjonen. Departementet foreslo i høringsnotatet å innta i ny lov § 6-2 nr. 10 at lokal samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak bør omfatte samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid.

23.4 Høringsinstansenes syn

Av de høringsinstansene som har uttalt seg om høringsnotatets kapittel om forskning, peker alle på behov for styrking av forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Mange mener at høringsforslaget ikke er tilstrekkelig for å imøtekomme behovet for forskning og kunnskap om den kommunale helse- og omsorgssektoren, og ønsker en tydelig lovpålagt regulering av kommunenes ansvar for å bidra til forskning. Enkelte høringsinstanser ønsker at kommunene skal pålegges et tilsvarende ansvar for forskning som spesialisthelsetjenesten, hvor forskning er en av fire lovpålagte hovedoppgaver. Blant disse er *NTNU, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), Legeforeningen, Universitets- og høyskolerådet (UHR), Fag-*

gruppen for allmennmedisin ved Universitet i Bergen og flere kommuner.

De fleste høringsinstansene mener at kommunene må pålegges en plikt til å bidra eller medvirke til forskning. *Asker kommune* foreslår blant annet en ny § 8-3 om forskning «(...) som regulerer kommunenes plikt til å medvirke i forskningsarbeid, og plikt til å vurdere forskningssamarbeid gjennom avtaler med andre kommuner, helseforetak og forskningsinstitusjoner».

De fleste av høringsinstansene som har uttalt seg om departementets forslag om å lovfeste at lokale samarbeidsavtaler bør omfatte samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid, mener at det bør benyttes en mer forpliktende formulering. *Bergen kommune* uttaler blant annet at «(...) samarbeid om forskning og utviklingsarbeid bør være lovpålagt» og ønsker derfor at avtalene skal omfatte forskning og utviklingsarbeid.

Flere høringsinstanser peker på at det må arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner. Enkelte høringsinstanser foreslår i forlengelse av dette at samarbeid mellom kommuner og universiteter og høyskole om forskning, pålegges i loven. *Dekanmøtet i medisin* foreslår å innta følgende formulering i loven: «(...) kommunen skal samarbeide med relevante fagmiljø i universitets- og høyskolesektoren og helseforvaltningen for å sikre en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste». Subsidiært foreslår *Dekanmøtet* at det gis hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser som regulerer kommunenes samarbeid med forskningsmiljøene. Videre foreslår *Dekanmøtet* at det i loven presiseres at avtalen om forsknings- og utviklingsarbeid bør utformes i samarbeid med helseregionens universitet og høyskoler.

En del høringsinstanser påpeker behov for å utarbeide systemer som sikrer regional og nasjonal koordinering for forskning. *Det medisinskodontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen* uttaler at:

«(...) forskning og innovasjon må bli en integrert oppgave for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er nødvendig for å reelt gi disse oppgavene nødvendig prioritet, synliggjøre likeverdigheten mellom tjenestenevåne og sikre rammer for forskning og fagutvikling i primærhelsetjenesten. Det er likevel etter fakultetets mening urealistisk at et slikt ansvar skal påligge den enkelte kommune, men at det må utarbeides systemer som sikrer faglig og administrativ regional og nasjonal koordinering».

23.5 Departementets vurderinger og forslag

Forskning og bruk av forskningsresultater er et viktig virkemiddel for å sikre kvalitet og kostnads-effektivitet på tjenestetilbudet. Forskningen om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren bør etter departementets syn fortsatt i hovedsak ivaretas av de forskningsinstitusjonene som er til-lagt forskning som en hovedoppgave eller i samar-beid med disse. Dette er i første rekke universi-tets- og høyskolesektoren, men også instituttsek-toren og de regionale helseforetakene vil være aktuelle samarbeidspartnere. I tråd med dette har departementet som del av en langsiktig strategisk satsing bidratt i etableringen av flere sentre med ansvar for forskning om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren knyttet til universitets- og høyskolesektoren. Sentrene har i sitt mandat nedfelt at de skal styrke praksisnær forskning og utvikling, drive forskningsformidling overfor kommunene og utdanningssektoren samt bidra til kompetanseheving i den kommunale helse og/ eller omsorgssektoren.

For å styrke forskningens relevans og kvalitet, samt bidra til implementering av ny kunnskap i tjenesten, vil det være viktig med økt medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i den forskningen som gjennomføres i regi av fors-kningsinstitusjonene.

Departementet er enig med de mange høringsinstansene som mener at en regulering av forskning i den kommunale helse- og omsorgs-sektoren vil bidra til å styrke forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og også gi en mer helhetlig regulering av forskning mel-lom forvaltningsnivåene. Mange høringsinstan-ser mener at kommunene bør få samme ansvar for forskning som spesialisthelsetjenesten, der fors-kning er en av fire lovpålagte oppgaver. Departe-mentet vil i denne sammenheng vise til at mange kommuner i Norge er små, og vil derfor vanskelig kunne sette av eller skaffe til veie nødvendig kom-petanse og ressurser til forskning. Dette må hen-syntas i reguleringen. Departementet vil derfor ikke pålegge kommunene selv å initiere eller drive forskning som en hovedoppgave eller å bruke en del av sine ressurser på forskning.

Departementet foreslår imidlertid en ny lovbe-stemmelse som gir kommunen et medvirknings-ansvar for forskning. Departementet mener at en slik lovbestemmelse vil være viktig for økt med-virkning fra den kommunale helse- og omsorgstje-nesten. Dette vil sikre at kommunene utviser en viss aktivitet som kan understøtte forskning i, om

og for den kommunale helse- og omsorgstjenes-ten. Det vil også være et viktig insentiv for å styrke kunnskapsbasert praksis og rekruttering. En slik regulering vil imøtekomme flertallet av høringsinstansenes syn. Kommunens medvirk-ning vil også være et virkemiddel for å sikre infor-masjon om helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, jf. lovforslaget § 3-3 andre ledd. Dette vil i sin tur kunne forbedre kunnskapsnivået om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Departementets forslag til regulering er inntatt i lovforslaget § 8-3.

Kommunen skal etter forslaget utvise en akti-vitet for å oppfylle plikten til å medvirke til fors-kning. Departementet mener imidlertid at kom-munene bør stilles fritt til å velge på hvilken måte forskningen skal understøttes. Et medvirknings-ansvar vil ikke kreve at kommunen selv skal initi-ere eller finansiere forskning. Departementet nev-ner her noen eksempler på ulike former for med-virkning som fremstår som særlig aktuelle;

- tilgjengeliggjøre data innhentet fra tjenesten til forskningsprosjekter
- synliggjøre aktuelle problemstillinger og forsk-ningsbehov for forskningsinstitusjonene
- ha oversikt over forskningsaktiviteten i egen kommune
- legge plan for hvordan kommunen ønsker å fremme forskning og kunnskapsbasert praksis for de ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- utvikle samarbeid med forskningsinstitusjo-nene, universitets- og høyskolesektoren, rele-vante forskningsinstitutter og helseforetakene
- utvikle samarbeid med andre kommuner

Dekanmøtet i medisin og enkelte andre høringsin-stanser foreslår en regulering av samarbeidet mel-lom kommuner og forskningsinstitusjonene. Departementet anser at forskningen om og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i størst mulig grad bør gjøres i, eller eventuelt i samarbeid med og forankret i, universitets- og høyskolesektoren og forskningsinstitusjonene. Dette for å sikre nødvendig kvalitet av den fors-kningen som gjøres, men også for å sikre nødven-dig kvalitet i utdanningen av helse- og omsorgs-personell og en effektiv ressursutnyttelse. På linje med andre kompetansekrevede oppgaver vil det kunne være naturlig å utvikle regionalt samarbeid mellom kommuner for å løse denne oppgaven. Departementet mener imidlertid at kommunene bør stå fritt til selv å vurdere hvordan medvirk-ningsansvaret til forskning skal organiseres og

videreutvikles. Det foreslås derfor ikke en lovfesting av samarbeid om forskning mellom kommuner eller mellom kommuner og universitets- og høyskolesektoren eller øvrige forskningsinstitusjoner.

Departementet mener, på lik linje med flere høringsinstanser, at det er ønskelig med økt samarbeid om forskning om og for kommunene. Departementet vil derfor å arbeide for at det eksempelvis etableres mer formalisert samarbeid og arenaer for diskusjon om forskning i sektoren mellom kommuner og mellom kommuner og forsknings- og utdanningsinstitusjonene, både regionalt og nasjonalt. Økt samarbeid vil også kunne bidra til økt kvalitet på forskningen og utløsning av ulike finansieringsmekanismer for forskning som regionale forskningsfond, Forskningsrådet og forskningssamarbeid med helseforetakene.

På bakgrunn av innspillene fra høringsinstansene og sammenhengen med det nye forslaget om at kommunene vil få et medvirkningsansvar for forskning, foreslår departementet å lovfeste en plikt til å omtale forskning i de lokale samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene. Dette vil i større grad understøtte nødvendig samarbeid om forskning med de regionale helseforetakene, herunder kompetanseoverføring mellom de to tjenestenivåene. Samarbeidsavtalen vil legge til rette for at det utvikles felles samarbeidstiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell og forskning som understøtter samhandlingsreformens intensjoner. Departementet foreslår derfor at man i opplistingen av samarbeidstiltak mellom kommuner og helseforetak som skal reguleres gjennom avtaleverket, også synliggjør at dette skal omfatte forskning, jf. forslag til § 6-2 nr. 7.

24 Beredskapsarbeid

24.1 Innledning

De overordnede prinsippene om sektoransvar, nærhet og likhet ligger til grunn for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i Norge. Med dette menes:

- *Ansvarsprinsippet*: Den virksomheten som har ansvar for et område eller tjenestetilbud til daglig, har ansvaret for nødvendige forebyggende tiltak, beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser.
- *Likhetsprinsippet*: Den organisasjonen som etableres under kriser og i krig, skal være mest mulig lik den organisasjonen man opererer med til daglig.
- *Nærhetsprinsippet*: En krise skal håndteres på lavest mulige operative nivå.

Departementene har ansvar for at beredskapen innenfor egen sektor er tilfredsstillende og koordinert med øvrige sektorer. Justis- og politidepartementet har i tillegg en samordningsrolle for å sikre en helhetlig og koordinert beredskap. Justisdepartementet fører videre tilsyn med departementene.

Formålet med helse- og sosialberedskapen er å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg og sosiale og psykososiale tjenester i kriser og katastrofer i fredstid og i krig. Bestemmelser om helseberedskap er dels integrert i blant annet kommunehelsetjenesteloven, lov om sosiale tjenester, lov om spesialisthelsetjenester og smittevernloven og dels fastsatt i en overordnet beredskapslov, lov om helsemessig og sosial beredskap.

24.2 Gjeldende rett

24.2.1 Kommunehelsetjenesteloven

Beredskap er en viktig del av kommunens samlede ansvar. Kommunehelsetjenesteloven § 1-5 forplikter kommunen til å utarbeide en beredskapsplan for sin helsetjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

I forarbeidene til lov om helsemessig og sosial beredskap som innførte plankravet, jf. Ot. prp. nr. 89 (1998-99), fremgår det at kravet gjelder all helsetjeneste, herunder miljørettet helsevern. Når det gjelder miljørettet helsevern og beredskap, viser departementet til Prop. L YY (2010-2011) *Om lov om folkehelsearbeid*, der det er redegjort nærmere for dette. Kommunens ansvar for å ha oversikt over helseforhold og påvirkningsfaktorer, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4, omfatter også oversikt over risikofold. I dette ligger det et krav om også å ta høyde for ekstraordinære situasjoner med betydning for liv og helse.

Bestemmelsen om beredskapsplan må også sees i sammenheng med de alminnelige oppgavene som skal inngå i kommunens helsetjeneste. Dette gjelder blant annet kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 5 som bestemmer at kommunens helsetjeneste skal omfatte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, samt andre ledd nr. 2 og nr. 7 om henholdsvis legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste.

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd følger det at departementet kan påby samarbeid mellom kommuner når dette finnes påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten, og om nødvendig gi regler for dette, herunder også om fordeling av utgifter. Etter andre ledd skal helsetjenesten i en kommune yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner, dersom forholdene tilsier det. Den kommunen som har bistandsbehovet, må fremme en anmodning om bistand. Den kommunen som mottar bistand, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, jf. tredje ledd. Annet kan avtales eller bestemmes i medhold av § 1-6 første ledd.

Også kommunehelsetjenesteloven § 3-6 vil være relevant i beredskapssammenheng. Etter denne bestemmelsen kan kommunen ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen å utføre nærmere tilvist arbeid.

Videre har kommunehelsetjenesteloven § 3-5 om medisinsk faglig rådgivning betydning for

beredskap. Dette gjelder spesielt bestemmelsen om at kommunelege på anmodning av departementet plikter å delta i lokal redningssentral. Departementet viser til kapittel 18, der kommunelagens rolle er diskutert.

Helsepersonelloven § 18 bestemmer at helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet skal gi melding til kommune eller regionalt helseforetak når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av loven. Melding skal også gis ved virksomhetens opphør. Bestemmelsen gjør det blant annet mulig for kommunen og berørte myndigheter å ha oversikt over helsepersonell i kommunen ved en beredskapssituasjon. Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 b gir kommunen plikt til å motta og registrere slike meldinger om helsepersonell i kommunen. Departementet kan videre gi forskrift om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til et sentralt register.

24.2.2 Smittevernloven

I utgangspunktet er smittevernarbeidet et kommunalt ansvar både under normale forhold og under kriser. Loven har derfor bestemmelser både om det daglige smittevernarbeidet og om særskilte beredskapsforhold. Eksempelvis har den egne bestemmelser om planplikt for kommuner og regionale helseforetak, og bestemmelser med særskilte fullmakter til å bekjempe smittsomme sykdommer i utbruddssituasjoner.

Etter smittevernloven skal Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) overvåke den nasjonale og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen samt sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. FHI skal gi råd og informasjon om smittsomme sykdommer, smittevern, og valg av smitteverntiltak til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, samt til helsepersonell og befolkningen.

Helsedirektoratet skal gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter smittevernloven medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak dekkes i forbindelse med smittsomme sykdommer. Helse- og omsorgsdepartementet har tillagt Helsedirektoratet ansvar for å sørge for at helse- og omsorgssektoren opptrer med en koordinert helseberedskap. Helsedirektoratet leder blant annet pandemikomiteen og Helseberedskapsrådet, som er samarbeidsorgan mellom helsesektoren og forsvaret for å samordne beredskapstiltak på de to sektorene.

Fylkesmannen er Helsedirektoratets regionale ledd for iverksetting av tiltak etter smittevernloven og for forvaltningen av dette regelverket.

24.2.3 Sosialtjenesteloven

Etter sosialtjenesteloven § 3-6 første ledd skal kommunen utarbeide en beredskapsplan for sin sosialtjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-5. Fylkesmannen skal føre tilsyn med at påbudet blir overholdt.

Ifølge sosialtjenesteloven § 3-6 andre ledd skal sosialtjenesten gi nødvendig hjelp under ulykker eller andre akutte situasjoner. Bestemmelsen tilsvarende kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 5. Sosialtjenesteloven § 3-6 tredje og fjerde ledd om hjelpeplikt og gjensidig bistand, tilsvarende kommunehelsetjenesteloven § 1-6 andre og tredje ledd. Sosialtjenesteloven har imidlertid ingen bestemmelse som tilsvarende kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd om samarbeid mellom kommuner eller § 3-6 om tjenesteplikt ved ulykker.

24.2.4 Lov om helsemessig og sosial beredskap

Formålet med lov om helsemessig og sosial beredskap er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, jf. § 1-1. For å ivareta lovens formål, skal virksomheter loven omfatter kunne fortsette, og om nødvendig legge om og utvide, driften på basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av loven. Loven pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å ha en beredskapsplan for sine helse- og sosialtjenester, jf. § 2-2. I tillegg har sykehus, vannverk og Mattilsynet selvstendig planplikt. Tiltak følges opp i tråd med ansvars-, nærhets- og likhetsprinsippet.

Etter § 2-1 har den som har ansvar for en tjeneste, også ansvar for beredskapsforberedelser for den utøvende tjeneste. Etter forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid § 2 skal fylkesting og kommunestyre sørge for fastsettelse og oppdatering av beredskapsplanen.

Virksomhetene som omfattes av loven, skal etter forskriften § 3 gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan medføre ekstraordinære belastninger for virksom-

heten. Avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak. Etter forskriften § 4 skal virksomhetene ha beredskapsplaner med prosedyrer for å sikre nødvendig tjenesteytelse ved interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer virksomhetens yteevne og eksterne hendelser som innebærer en ekstraordinær belastning på virksomheten og som kan kreve en generell omstilling for å kunne øke kapasiteten. Etter forskriften §§ 5 – 9 skal de samme virksomhetene ha prosedyrer for operativ ledelse, informasjonsberedskap og samordning av planer samt sørge for at personell som er tiltenkt oppgaver i planen, er øvet og har nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse. De skal også sørge for å ha tilfredsstillende forsyningsikkerhet av viktig materiell, samt ha oversikt over personell som kan beordres etter helse- og sosialberedskapsloven.

Loven inneholder også fullmaktsbestemmelser som kan iverksettes under krig eller når krig truer eller under kriser og katastrofer i fred etter beslutning i statsråd. Fullmaktene gir på bestemte vilkår rett til rekvisisjon av fast eiendom med videre til tjenesteplikt og beordring og til å pålegge virksomheter som omfattes av loven til å ta imot og behandle pasienter, legge om driften og iverksette omsetningsrestriksjoner.

Fylkesmannen er Helsedirektoratets regionale ledd for iverksetting av tiltak etter lov om helsemessig og sosial beredskap med forskrifter og for forvaltningen av dette regelverket.

24.2.5 Annen relevant beredskapslovgivning

I tillegg til lovene nevnt ovenfor, fins det en rekke andre lover som inneholder bestemmelser om beredskapsplikt/-arbeid, jf. blant annet strålevernloven § 16, plan- og bygningsloven §§ 4-3 og 11-8, forurensningsloven §§ 40 og 43 og sivilbeskyttelsesloven. Disse bestemmelsene er mest relevante for helseberedskap etter forslag til ny folkehelselov, og departementet viser til Prop. YY L (2010-2011) der det er redegjort nærmere for disse bestemmelsene.

24.3 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å videreføre dagens bestemmelser om beredskap i kommunehelsetjenesteloven og i sosialtjenesteloven, herunder plikt for kommunen til å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial

beredskap og å samordne denne med kommunens øvrige beredskapsplaner.

24.4 Høringsinstansenes syn

Relativt få av høringsinstansene hadde merknader til dette kapitlet. De høringsinstansene som uttalte seg, synes i all hovedsak å være positive til at eksisterende krav til beredskapsplan videreføres.

For øvrig tar høringsinstansene opp forskjellige temaer de ønsker at blir bedre belyst eller presisert. *Stavanger kommune* etterlyser en klargjøring av hva planplikten i detalj innebærer. *Stavanger kommune* mener videre at det må komme klarere frem at beredskapsplanene også må være koordinert med nabokommuner, regionale foretak og nasjonale planer.

Nasjonalt folkehelseinstitutt uttrykker at «(...) det bør fremkomme at beredskapsarbeidet også innebærer å yte psykososiale tjenester ved ulykker og katastrofer».

Røde Kors viser til at «(...) de lokale Røde Kors – foreningene bør inkluderes i de kommunale beredskaps- og kriseplanene – ikke bare operasjonelt men også i planarbeidet, slik at både det offentlige og de frivillige kjenner hverandres plass og rolle i det kommunale beredskapsarbeidet.»

Helsedirektoratet bemerker at tjenesteplikten ikke bør knyttes til «pågang av pasienter» og utdyper dette slik:

«Kommunen kan ha behov for å pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen nærmere tilvist arbeide i flere situasjoner som ikke er knyttet opp til ekstraordinær pågang av pasienter. Eksempler på slike situasjoner kan være ved bortfall av strøm, telefon, ekstremvær eller isolasjon av områder i kommunen.»

Norges Døveforbund uttaler at «(...) nødvarsling ved katastrofer / ulykker – medisinsk nødmeldetjeneste for øyeblikkelig hjelp – for døve, melding med dødsbudskap/alvorlige ulykker til døve på tegnspråk (...) finnes bare i liten grad, ikke som fastlagt system/ordning, ei heller døgnåpen tolketjeneste.»

24.5 Departementets vurderinger og forslag

Kommunens ansvar for beredskapsplanlegging i loven må også sees i sammenheng med kommunens oppgaver etter lovforslaget kapittel 3, her-

under oppgavebeskrivelsen i § 3-2 og oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 3-3 andre ledd. Det vises til nærmere omtale i proposisjonens kapittel 15 om kommunens plikter og 17 om helsefremmede og forebyggende arbeid.

Etter departementets vurdering er det behov for å ha beredskapsbestemmelser i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette synes høringsinstansene å være enig i. Departementet foreslår derfor å videreføre dagens bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Dette gjelder blant annet kommunens plikt til å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap og at planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner, jf. lovforslaget § 5-2. Departementet vil understreke at der beredskap er regulert i spesiallovgivning, må spesiallovgivningen legges til grunn. Dette gjelder for eksempel smittevern etter smittevernloven.

Departementet legger til grunn at Norges Døveforbunds bekymring knyttet til nødvarsling for døve er sikret gjennom lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven forbyr direkte og indirekte diskriminering, blant annet på grunn av nedsatt funksjonsevne. Indirekte diskriminering omfatter handlinger og unnlatelser som tilsynelatende er nøytrale, men som rent faktisk virker slik at en person stilles dårligere på grunn av nedsatt funksjonsevne.

I kommunens vurdering av helseutfordringer ligger det et krav om å vurdere forhold av beredskapsmessig karakter. Dette vil etter departementets oppfatning også omfatte eventuelt behov for psykososiale tjenester.

Departementet anser at planpliktens innhold er tilstrekkelig regulert slik den er beskrevet i punkt 24.2 om gjeldende rett, herunder ved forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid. Kravet om samordning med beredskapsplaner i andre kommuner, i regionale helseforetak og i nasjonal regi følger også av denne forskriften. Samhandling om beredskap er for øvrig en naturlig del av det samarbeidet som forutsettes mellom de ulike offentlige aktørene. I ny lov § 6-2 er beredskap foreslått som ett av flere forhold som skal omhandles i samarbeidsavtalen mellom kommunene og helseforetak.

Kommunehelsetjenesteloven § 3-6 om at kommunen ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter kan pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen å utføre nærmere tilvist arbeid, ble i høringsnotatet foreslått videreført i lovforslaget § 5-3. Det ble imidlertid ikke foreslått å omfatte alt personell som yter tjenester etter den nye loven. Tjenesteplikt og beordring er også regulert i lov om helsemessig og sosial beredskap § 4-1, uten å være knyttet til profesjon. Det synes imidlertid å være noe strengere vilkår for beordring etter lov om helsemessig og sosial beredskap. Et sentralt element i loven her er fokuset på forsvarlig utførelse av arbeidsoppgavene, ikke hvilken profesjon vedkommende har. Departementet foreslår derfor at § 5-3 første ledd skal rette seg mot, og likestille, personell som utfører helse- og omsorgsoppgaver etter denne loven. Departementet finner det i denne sammenheng ikke naturlig å utvide omfanget situasjoner hvor det kan tenkes å være ønskelig å pålegge personell arbeidsoppgaver, slik HelseDirektoratet anfører. En endring av denne type vil for øvrig forutsette en høringsprosess.

25 Politiattest

25.1 Innledning

I hvilke tilfeller og til hvilke formål det kan eller skal kreves politiattest følger dels av lov og forskrift om strafferegistrering og dels av særlovgivningen. Det har i de senere årene vært vedtatt krav om politiattest i flere lover. Blant annet ble det i 2007 vedtatt nye bestemmelser i helsepersonelloven, sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven vedrørende politiattest. Formålet er å forhindre at personer som er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for seksuelle overgrep mot barn eller utviklingshemmede, kan komme i slik kontakt med barn eller utviklingshemmede at muligheten til å begå nye seksuelle overgrep er tilstede. For en grundigere gjennomgang av kravet til politiattest viser departementet til Ot. prp. nr. 86 (2005–2006) *Om lov om endringer i helsepersonelloven, sosialtjenesteloven og i enkelte andre lover*.

25.2 Gjeldende rett

Helsepersonelloven § 20 a regulerer krav om politiattest for helsepersonell. Bestemmelsen krever at helsepersonell som skal yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemming skal fremlegge politiattest ved tilbud om stilling eller ved inngåelse av avtale etter kommunehelsetjenesteloven § 4-2 første ledd. Det samme gjelder ved inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, samt ved melding om åpning, overtredelse og inntreden i privat virksomhet, jf. helsepersonelloven § 18.

Det følger av Ot. prp. nr. 86 (2005–2006) s. 45, i merknadene til helsepersonelloven § 20 a første ledd, at begrepet stilling skal forstås vidt og omfatter arbeid, tjeneste, jobb, vikariat etc. både i offentlig og privat virksomhet. Det avgjørende for om politiattest skal kreves eller ikke, er om vedkommende i sin utøvelse av tjenesten vil kunne komme i en situasjon med barn eller utviklingshemmede der et seksuelt overgrep kan finne sted.

Det fremgår av nevnte forarbeider at ordlyden «ved tilbud om» sikter til at kravet bare omfatter vedkommende personell som man faktisk gir tilbud til. Likevel presiseres det at det allerede i utlysningsteksten bør fremgå at politiattest vil bli avkrevd, slik at søker er kjent med kravet. Selve fremleggelsen av politiattesten skal imidlertid først skje når vedkommende har fått et tilbud og akseptert dette. Tilsvarende gjelder ved inngåelse av driftsavtale med kommunen.

Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming. Det fremgår også av forarbeidene at kravet om politiattest gjelder tilsvarende for helsepersonell med medhjelpere.

Av andre ledd i helsepersonelloven § 20 a fremgår at politiattesten skal vise om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller er dømt for brudd på straffeloven §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 andre ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204a. Attesten skal være uttømmende og ikke eldre enn tre måneder. Det innebærer at det ikke er noen tidsbegrensning bakover i tid, og at også eventuelle mildere straffedommer fremgår av attesten. Det presiseres imidlertid i forarbeidene at en siktelse eller tiltale bare skal tas med så lenge straffesaken ikke er avgjort.

I tredje ledd fremgår det at den som er ilagt forelegg eller dømt for overtredelser som nevnt i annet ledd, er utelukket fra å yte helsehjelp til barn eller personer med utviklingshemming.

Kommunehelsetjenesteloven § 3-1 bestemmer at kommunen skal innhente politiattest fra helsepersonell i samsvar med helsepersonelloven § 20 a.

Det følger av sosialtjenesteloven § 8-10 første ledd at kommunen eller annen arbeidsgiver skal kreve politiattest fra den som ansettes i en stilling som innebærer tjenesteyting til barn eller personer med utviklingshemming. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming. Bestemmelsen i sosialtjenesteloven speiler for øvrig bestemmelsen i helsepersonelloven § 20 a.

Kravet til fremleggelse av politiattest for personell som yter tjenester til barn eller utviklingshemmede er således det samme i kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten. I høringsnotatet stilte likevel departementet spørsmål om regelverket er noe snevrere for sosialtjenesten ved at bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 8-10 kun bruker begrepet «ansettelse», i motsetning til helsepersonelloven som også nevner privat virksomhet. Departementet la imidlertid til grunn at kravet om politiattest også vil gjelde for privat virksomhet i sosialtjenesten. Det vises til uttalelse i Ot.prp. nr. 86 (2005–2006) s. 23 hvor det heter at:

«Departementets forslag innebærer at arbeidsområdet og oppgavene dette medfører må vurderes konkret for hver enkelt stilling eller ansettelsesforhold. Det vil være et arbeidsgiveransvar å foreta en slik vurdering. Dersom arbeidsgiver, offentlig eller privat, mener at stillingen innebærer at helse- og sosialpersonell kan komme i situasjoner hvor det kan foretas overgrep, skal det innhentes politiattest.»

25.3 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å videreføre kravet om politiattest for personell som skal yte helse- og omsorgshjelp til barn eller personer med utviklingshemning i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov. I høringsnotatet viste departementet til at det har oppstått spørsmål om for eksempel støttekontakt, avlastningspersoner og lignende tjenesteytere som gis oppdrag av kommunen er omfattet av bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 8-10. Departementet foreslo å endre ordlyden i bestemmelsen slik at det kommer klart frem at også disse er omfattet av kravet.

25.4 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene støtter gjennomgående en videreføring av lovbestemmelsene om politiattest. Innspillene knytter seg derfor hovedsakelig til ønsker om å utvide virkeområdet for bestemmelsene om politiattest og behovet for presiseringer.

Oslo kommune uttaler følgende:

«Oslo kommune foreslår i tillegg å utvide pasient-/brukergruppen til også å gjelde eldre med nedsatt funksjonsevne og/eller psykisk syke. Etter vår vurdering er dette svake grupper, og nyere kunnskap viser at disse gruppene også

har behov for bedre beskyttelse mot overgrep og utnyttelse. Oslo kommune ber departementet vurdere om politiattesten også kan omfatte grov voldskriminalitet. Selv om en politiattest aldri vil gi en fullstendig trygghet mot overgrep kan et krav om politiattest ha en forebyggende effekt og hindre uønskede søkere.

Det er videre Oslo kommunes vurdering at eldre, psykisk syke og utviklingshemmede også har behov for beskyttelse mot andre former for kriminalitet, bl.a. vinningskriminalitet. Dette er svake grupper som trenger en særlig beskyttelse mot økende antall tyverier og bedragerier. Vi ber om at departementet vurderer om regelverket på dette området er godt nok, og om det er mulig å utvide området for politiattestene til også å omfatte enkelte former for grov vinningskriminalitet.»

Norsk sykepleierforbund (NSF) og flere kommuner, herunder *Lardal, Leksvik, Nedre Eiker, Sør-Varanger og Tønsberg*, foreslår at krav om politiattest også bør gjelde for personer med kognitiv svikt, for eksempel demente, da denne gruppen også anses å være særlig sårbar og utsatt.

Barneombudet og *Helsedirektoratet* stiller spørsmål til departementets vurdering av at kravet til politiattest ikke gjelder personell som kun sporadisk yter de aktuelle tjenestene og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemning. Barneombudet uttaler at det for å unngå omgåelse av regelverket «(...) er nødvendig at departementet definerer tydelig hva som ligger i «sporadisk tjenester» og «alminnelighet ikke vil være alene med barn». Helsedirektoratet mener formuleringen bør presiseres i forarbeidene ettersom den er uklar og kan være vanskelig å praktisere. Videre uttales at dette må være en snever unntaksbestemmelse, og at for å sikre at barn og unge ikke blir utsatt for overgrep, bør det vurderes å kreve politiattest også av personell som «bare sporadisk» yter tjenester til barn og personer med psykisk utviklingshemning.

Helsedirektoratet mener videre at det bør vurderes om «(...) vandelsattesten ikke bare skal omfatte seksualforbrytelser, men også andre voldsforbrytelser», og utdyper dette slik:

«Eksempelvis bør grov mishandling i nære relasjoner (strl. § 219) og handlinger som resulterer i at offeret dør eller påføres betydelig skade (strl. § 229 andre og tredje straffalternativ og strl. § 231) være relevante bestemmelser å vektlegge i vandelsvurderingen. Det bør

derfor komme klart frem av loven at ovennevnte forhold fører til at personen blir utelukket fra å kunne ha oppgaver overfor mindreårige. Vi viser til alvorligheten i denne typen forhold, og at beskyttelse mot slike forhold bør ligge innenfor kjerneområdet av formålet med reglene.»

Norsk studentorganisasjon mener at «(...) det må vurderes sterkt om annen kriminalitet enn sedelighet skal omfattes av politiattest» og uttaler følgende:

«I yrkene som omfattes av politiattest kan grove eller gjentatte rus- og voldsdommer være like graverende som sedelighet. Rus og vold vil også være omfattet av skikkethetsvurdering, slik at å inkludere dem i en politiattest vil være en videreføring av skikkethetsvurderingen inn i arbeidslivet. Dette vil gi en enda større mulighet for å forhindre uskikket helse- og sosialfagspersonell.»

Statens helsetilsyn støtter forslaget og viser videre til at det under andre kapitler i lovforslaget er tatt inn presiseringer av at bestemmelsene ikke omfatter personer som gis omsorgslønn. Helsetilsynet mener det er hensiktsmessig at dette også presiseres i forslaget til § 5-4.

Politidirektoratet viser til at lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven), som ble vedtatt våren 2010, inneholder dels betydelig omarbeidede regler om vandelskontroll og politiattester, og at bestemmelser om vandelskontroll i spesiallovgivningen må holde seg innenfor de rammene som lovens kapittel 7 oppstiller for hvilken utforming politiattester kan få.

25.5 Departementets vurderinger og forslag

Barn som mottar helse- og omsorgstjenester er særlig avhengige av å ha tillit til personellet som yter dem tjenestene. Departementet anser det derfor som viktig at barn og deres pårørende har tillit til det personellet de mottar helse- og omsorgstjenester fra. Det innebærer at barn og foreldre bør føle seg trygge på at barna ikke møter personell som er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for seksuelle overgrep. Det samme gjelder personer med utviklingshemning og deres pårørende. Departementet foreslår derfor at kravet til politiattest for personell som skal

yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemning videreføres i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, jf. lovforslaget § 5-4.

Selv om støttekontakt, avlastningspersoner og tjenesteytere som kun inngår kontrakt med kommunen om utførelse av nærmere bestemte oppgaver eller tjenester ikke naturlig faller inn under lovbestemmelsens ordlyd, mener departementet at begrepet ansettelse må ses i sammenheng med uttalelsene i forarbeidene om begrepet «stilling». Det uttales at begrepet skal forstås vidt og omfatter arbeid, tjeneste, vikariat etc. både i offentlig og privat virksomhet. Uttalelsen viser at også privat virksomhet er ment å være omfattet av bestemmelsen. Private aktører som yter helsetjenester på vegne av kommunen er ikke å regne som ansatte, men forholdet blir normalt regulert gjennom en kontrakt. I forarbeidene til bestemmelsen er det også uttalt at «(...) bestemmelsen pålegger kommunen eller annen arbeidsgiver å kreve uttømmende politiattest fra sosialpersonell som skal yte tjenester til barn eller utviklingshemmede ved tilbud om stilling».

Departementet mener at dette viser at kravet om politiattest ikke er ment å kun gjelde ved ordinære ansettelser, men i alle tilfeller hvor personell skal yte tjenester til barn eller utviklingshemmede på vegne av kommunen. Formålet må veie tungt ved tolkningen av bestemmelsen. Det fremkommer av forarbeidene at det avgjørende er å forhindre at personer som er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for seksuelle overgrep mot barn eller utviklingshemmede kan komme i slik kontakt med barn eller utviklingshemmede at muligheten til å begå nye seksuelle overgrep er tilstede. For å rydde unna tvil om at bestemmelsen også gjelder for personer som yter tjenester for kommunen på oppdrag eller ved avtale, for eksempel som støttekontakt, avlaster etc., mener departementet at dette bør presiseres i lovteksten. I forhold til høringsforslaget foreslår departementet en mindre justering av ordlyden.

Departementet ser at personer med kognitiv svikt, for eksempel demens, er en særlig sårbar og utsatt gruppe, og det kan argumenteres for at personer som skal yte tjenester til denne gruppen pålegges å fremvise politiattest. I Ot.prp.nr. 86 (2005–2006) vurderte departementet spørsmålet om det bør fremlegges politiattest fra helsepersonell som skal yte helsehjelp til alvorlig syke, eldre, demente, psykisk syke og andre pasientgrupper som på forskjellige måter kan ha vanskelig for å ivareta egne interesser og beskytte seg selv mot

overgrep. På side 19 i nevnte proposisjon uttaler departementet:

«Departementet er langt på vei enig med de høringsinstanser som uttaler at de fleste pasienter, uavhengig av alder og utvikling, kan sies å være i en situasjon hvor de kan betraktes som en svakere part, og derfor kan ha behov for ekstra beskyttelse. Vi er kjent med at det foreligger konkrete saker hvor voksne kvinner har blitt utsatt for seksuelt misbruk fra helsepersonell. Vi vil også vise til høringsuttalelsen fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell der de påpeker at kontoret er lovpålagt å vurdere alle autorisasjonssøkeres egnethet som helsepersonell, og at det ved autorisasjonstidspunktet ikke skal foreligge tilbakekallelsegrunner. Departementet ser at en plikt for autorisasjonssøkere til å fremlegge politiattest ved søknad om autorisasjon vil kunne avhjelpe dette problemet.

Departementet ser imidlertid flere negative enn positive sider ved å lovfeste et alminnelig krav om politiattest for helsepersonell. De administrative og økonomiske konsekvenser et slikt krav vil medføre, sett i lys av det inngrep det representerer for det aktuelle personell, og at det er uklart hvilken effekt et slikt krav eventuelt vil ha, tilsier etter departementets vurdering at det ikke bør innføres.»

Etter en samlet vurdering kom departementet til at det ikke burde innføres et alminnelig krav om politiattest for helsepersonell uavhengig av hvilke pasientgrupper de yter helsehjelp til. Når det gjelder personell innen sosialtjenesten la departementet i nevnte proposisjon til grunn at det i praksis vil være slik at en stor del av det personellet som skal yte tjenester til personer med kognitive funksjonsnedsettelse, for eksempel av typen ervervede hjernesker, også vil yte tjenester til personer med utviklingshemning. Dette medfører at de allerede av den grunn vil bli avkrevd politiattest ved tilsetting eller inngåelse av driftsavtale, oppdragsavtale mv. I tillegg vil en stor del av personellet avkreves politiattest under studiene. På denne bakgrunn ble det ikke foreslått utvidelse av kravet om politiattest til å gjelde i forhold til andre grupper tjenestemottakere i nevnte proposisjon. Departementet kan ikke se at det nå foreligger grunner til å gjøre endringer i denne vurderingen.

Kravet til politiattest omfatter enhver som yter tjenester til barn eller utviklingshemmede enten

de er ansatt i kommunen eller er private som yter tjenester på vegne av kommunen. Begrensningen i kravet til politiattest omfatter personell som kun sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemning. Begrensningen er en videreføring av gjeldende rett, og innebærer at tjenesteyters arbeidsområde og oppgaver må vurderes konkret for hver enkelt stilling, ansettelsesforhold eller oppdragsavtale. Det er en del av arbeidsgiveransvaret å foreta en slik vurdering. Dersom arbeidsgiver, offentlig eller privat, mener at stillingen innebærer at en tjenesteyter kan komme i situasjoner hvor det kan foretas overgrep, skal arbeidsgiver innhente politiattest. Det overordnede vurderingstema for arbeidsgiveren vil være hvorvidt personellet ved utøvelsen av sitt arbeid kan komme i situasjoner med barnet eller den utviklingshemmede hvor seksuelle overgrep kan finne sted.

Som Politidirektoratet påpeker, ble den nye politiregisterloven vedtatt våren 2010, jf. Ot.prp. nr. 108 (2008–2009) og Prop. 12 L (2009–2010). De nye bestemmelsene om vandelskontroll og politiattester representerer en betydelig omarbeiding av tidligere rett. Arbeidet med forskrifter til den nye politiregisterloven er omfattende, og det tas sikte på at loven iverksettes høsten 2011, jf. Prop. 1 S (2010–2011) fra Justisdepartementet. I denne forbindelse vil det bli fremmet en iverksettelsesproposisjon der man blant annet vil foreslå enkelte overgangsregler og nødvendige endringer i andre lover, herunder bestemmelser om utstedelse av politiattester. Departementet legger til grunn at lovforslaget om politiattest i ny helse- og omsorgstjenestelov må justeres i den forbindelse. Dette vil departementet komme tilbake til ved behandlingen av iverksettelsesproposisjonen. Endringen som da vil gjøres i ny helse- og omsorgstjenestelov innebærer at helsepersonell som skal yte helsehjelp til barn må legge frem politiattest som nevnt i politiregisterloven § 39 første ledd, en såkalt barneomsorgsattest, hvor flere straffebestemmelser inngår, blant annet overtredelse av straffeloven §§ 219, 229 annet og tredje straffealternativ samt § 231 inngår, jf. den siterte høringsuttalelse fra Helsedirektoratet.

Som følge av at bestemmelsen i kommunehelsestjenesteloven § 4-1 første ledd om privat virksomhet ikke videreføres i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, foreslås helsepersonelloven § 20 a første ledd endret. Dette vil kun være en språklig endring, som ikke endrer rettstilstanden.

26 Understøtting av elektronisk samhandling

26.1 Elektronisk samhandling som målsetting

Regjeringen har i sin strategi for fornying av offentlig sektor understreket at utvikling av offentlig sektor er viktig redskap for å sikre velferden i Norge. I St.meld. nr. 17 (2006 – 2007) *Eit informasjonssamfunn for alle* understrekes det at informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig virkemiddel i fornyingsarbeidet og at det i stadig sterkere grad blir en forutsetning for velferdssamfunnet.

I Nasjonal helseplan (2006) ble bruk av IKT fremhevet som et viktig hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål. Regjeringens nasjonale strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren (2008 – 2013), Samspill 2.0., viderefører intensjonene i Nasjonal helseplan og gir en retning for IKT – utviklingen i sektoren.

Det er viktig å slå fast at informasjonsteknologi (IKT) først og fremst er et virkemiddel for å nå helsepolitiske mål om kvalitet, effektivitet og helhetlige pasientforløp. Eksempler på dette er å sikre riktig og forsvarlig behandling, og unngå feilbehandling og feilmedisinering. Informasjonsteknologi kan bidra til likeverdig helsehjelp uansett bosted.

Investeringer i og prioriteringer av IKT er i hovedsak et virksomhetsansvar, men det er nødvendig med nasjonal koordinering for å sikre fremdrift og nødvendig standardisering.

Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten fra 2007, viser at virkemidlene frem til nå har vært for svake. Riksrevisjonen anser at det er behov for sterkere og tydeligere nasjonal styring for å nå målet om elektronisk samhandling.

St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* viderefører intensjonene i tidligere strategier og planer om økt bruk av IKT/eHelse som et hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål og for å yte gode tjenester i hele pasientforløpet. For å få fart på den elektroniske samhandlingen mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren har Stortingetsmelding 47 sterkere fokus på nasjonal styring enn tidligere planer og strategier. Det skal

ifølge meldingen være en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den ordinære måten å kommunisere på både mellom tjenesteyter og pasient og mellom de ulike tjenesteyterne.

Helse- og omsorgskomiteen uttaler i Innst. 212 S (2009–2010) at «hovedutfordringen er lokal autonomi og behov for en tydeligere nasjonal styring av regionale helseforetak». Komiteen mener også at det må lages en egen nasjonal plan for bruk av IKT og at denne planen «må inneholde nasjonale standarder som sikrer felles, effektive IKT-løsninger».

På denne bakgrunn har departementet gjennomgått i hvilken grad rettslig regulering ved lov og forskrift, innenfor forsvarlige økonomiske rammer, kan bidra til å styrke den nasjonale styringen og derved bidra til å nå målet om bedre og økt elektronisk samhandling.

26.2 Allerede igangsatt arbeid med lov og forskrift

Stortinget vedtok 16. juni 2009 endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven, se Ot.prp. nr. 51 (2008–2009). Formålet med lovendringene er å gi helsepersonell nødvendig tilgang til helseopplysninger slik at helsehjelp kan tilbys på en forsvarlig og effektiv måte, samtidig som personvernet ivaretas. Lovendringene medfører for det første at det med hjemmel i helseregisterloven kan fastsettes forskrift om tilgang til helseopplysninger på tvers av juridiske enheter i helsetjenesten. For det andre kan det i forskrift bestemmes at det kan etableres regionale behandlingsrettede helseregistre på tvers av juridiske enheter i helsetjenesten (regional og lokal kjernejournal). For det tredje kan det ved forskrift gis adgang til å etablere felles pasientjournal for helsepersonell i for eksempel legesentre, tannlegesentre, distriktsmedisinske sentra og lignende. Det ble også vedtatt en presisering av helsepersonelloven § 45 om utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger.

Helse- og omsorgsdepartementet har, som oppfølging av Ot.prp. nr. 51 (2008–2009), hatt på

høring forslag til forskrift om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre. Høringsfristen var 10. september 2010 og departementet tar sikte på å vedta forskriften i løpet av våren 2011. Forskriften skal gi mer presise regler for tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger enn dagens regler.

Departementet har påbegynt en utredning som tar sikte på å gi nødvendig rettsgrunnlag for etablering av nasjonal kjernejournal. Hensikten med kjernejournalen er å gi helsepersonell sikker og rask tilgang til informasjon som er helt nødvendig for å kunne gi pasienten trygg behandling og hindre at pasienten unødvendig blir påført alvorlig eller livstruende skade. Kjernejournalen skal gi økt trygghet for både pasienter og helsepersonell.

I punktene 26.4 til 26.7 drøftes behovet for ytterligere lovendringer som kan understøtte elektronisk samhandling.

26.3 Stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren

Regjeringen vil i løpet av 2012 fremme en stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse og omsorgssektoren. Viktige temaer i meldingen vil være tilgang til pasientopplysninger i elektronisk form, elektronisk informasjonsutveksling, netttjenester til pasient og bruker, samt kunnskapstøtte til helsepersonell. Overgang til rene digitale plattformer for informasjonsforvaltning aktualiserer spørsmål knyttet til personvern og behandling av helseopplysninger. Velferdsteknologi vil også bli et sentralt tema i meldingen.

26.4 Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger

26.4.1 Bakgrunn

Alt helsepersonell har dokumentasjonsplikt. Mange aktører har anskaffet elektroniske systemer for å dokumentere helsehjelp. Dokumentasjonen av helsehjelp skjer i dag både i papirbaserte pasientjournaler og i elektroniske pasientjournaler. Utlevering av opplysninger skjer delvis på papir, delvis ved elektroniske meldinger eller på CD. Papiret eksisterer fremdeles ofte parallelt med den elektroniske pasientjournalen i helse – og omsorgstjenesten, hos privatpraktiserende helsepersonell og i de fleste helseforetak. Det gir

dobbeltarbeid og liten – om noen – effektiviseringsgevinst.

For å få til god samhandling mellom nivåene og mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren, har det gjennom nasjonale strategier vært fokus på å øke den elektroniske informasjonsutvekslingen. Det er i sektoren enighet om viktigheten av å bruke IKT som et virkemiddel for å skape forbedringer for pasienter og bidra til å utløse samfunnsmessige gevinster. De arbeidsprosesser i organisasjonen som må forandres ved overgang til elektronisk samhandling er imidlertid undervurdert. Endringer og tilpasninger i arbeidsprosesser er en forutsetning for å kunne ta ut effektiviseringsgevinster av elektronisk kommunikasjon.

26.4.2 Gjeldende rett

I dag stilles det få krav i lov og forskrift om aktørenes anvendelse av elektroniske løsninger. Ifølge helsepersonelloven §§ 39 og 40 skal den som yter helsehjelp, nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt, i en journal for den enkelte pasient. Det fastslås at pasientjournalen kan føres elektronisk i helsepersonelloven § 46, men det oppstilles ingen plikt.

Det er heller ikke gitt hjemmel for å kunne pålegge at utlevering av opplysninger fra behandlingsrettede registre i tråd med reglene om taushetsplikt, skal skje elektronisk.

Helsepersonell er med hjemmel i helsepersonelloven §§ 35–38 pålagt å melde fra om fødsler, dødsfall og betydelig personskade. Kongen kan også pålegge meldinger til ulike helseregistre. Det fremgår ikke direkte av loven at det er hjemmel til å kreve elektronisk innsending av slike opplysninger. Imidlertid følger det av helseregisterloven § 9 andre ledd at Kongen kan gi forskrifter «om innsamling av helseopplysninger» til lokale, regionale og sentrale helseregistre, «herunder bestemmelser om hvem som skal gi og motta opplysningene og om frister, formkrav og meldingsskjemaer». Departementet legger til grunn at dette gir hjemmel for å pålegge at innrapportering til nevnte registre skal skje i elektronisk form.

Folketrygdloven § 21-4 andre ledd bestemmer at helsepersonell plikter å gi forvaltningen de erklæringer og uttalelser som er nødvendige for å kunne vurdere rettigheter og plikter etter loven. I den anledning er departementet gitt hjemmel til i forskrift å bestemme at erklæringer og uttalelser

skal sendes elektronisk til Arbeids- og velferdsetaten. Dette er fulgt opp i forskrift 2. oktober 2009 nr. 1285 om elektronisk kommunikasjon ved inn-sending av erklæringer og uttalelser til Arbeids- og velferdsetaten. Det følger av denne forskriften at leger skal sende inn sykemelding og legeerklæring ved arbeidsuførhet elektronisk over linje til Arbeids- og velferdsetaten.

Med hjemmel i folketrygdloven § 22-2 bestemmer forskrift 15. oktober 2009 nr. 1287 om elektronisk kommunikasjon ved fremsetting av krav om direkte økonomisk oppgjør til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) at leger skal sende krav om oppgjør for undersøkelse og behandling elektronisk.

26.4.3 Behovet for endringer

Det er i nasjonale planer og strategier for utvikling av IKT i helsesektoren fremhevet at IKT er et sentralt verktøy for forebyggende arbeid og tjenesteyting. Riktig bruk av IKT kombinert med et sterkere fokus på organisasjonsutvikling og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet.

Det er ikke nødvendigvis slik at det er den som har de største utgiftene ved tilrettelegging av elektronisk kommunikasjon, som får de største gevinstene. Det er samtidig på det rene at det offentlige alene ikke kan bære alle kostnadene ved å yte tilskudd i det omfang som aktørene kan komme til å kreve. Det kan derfor synes nærliggende at elektronisk kommunikasjon i full skala ikke blir en realitet før det blir stilt rettslig krav om denne type kommunikasjon.

Den teknologiske utviklingen gjør det mulig for pasienter og brukere å kommunisere med helse- og omsorgssektoren på forskjellige måter. Det kan tilrettelegges for sikker elektronisk kommunikasjon med leger og annet helsepersonell. Det kan tilrettelegges for at pasienter og brukere kan få tilgang til helseopplysninger om seg selv i journaler både i sykehus, hos leger og i omsorgssektoren. Pasientene og brukerne kan på den måten få tilgang til sin journal eller deler av den. Slik det er i dag, er det i liten utstrekning tilrettelagt for elektronisk kommunikasjon med helsepersonell for pasienter og brukere eller for tilgang til egne helseopplysninger.

Det offentlige har, blant annet i Arbeids- og velferdsetaten, ved etablering av Norsk Helsenett SF og ved det arbeid KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) har utført med standardisert helsefaglig innhold og meldingsfor-

mater, gjort betydelige grunnlagsinvesteringer for å tilrettelegge for elektronisk samhandling. Mulighetene disse investeringene gir blir i altfor liten grad utnyttet og det offentlige høster mindre gevinster enn forutsatt. Elektronisk samhandling foregår, men i langt mindre utstrekning enn de mål som er satt i nasjonale strategier og planer.

Det er behov for raskt å få på plass et stort volum av de elektroniske meldingene samt utfasing av papirrutinene blant annet for at aktørene skal få størst mulig nytte av investeringene. Gevinstene vil være størst hvis alle aktørene samtidig tar i bruk elektronisk kommunikasjon og IKT.

Tiden det tar frem til man oppnår fullstendig elektronisk samhandling spiller en avgjørende rolle for hvor stor nytten for aktørene blir. Det er i denne forbindelse helt avgjørende at aktørene bruker de samme standardiserte meldingsformene og har de samme versjonene ved elektronisk informasjonsutveksling. Det er i dag frivillig å bruke de standardene som KITH har utviklet og det er heller ikke satt frister for når en bestemt standard skal tas i bruk. Det medfører at utviklingen går saktere enn ønskelig og forsinker muligheten for å oppnå effektiviseringsgevinster.

I dag er overgang fra papir til elektronisk kommunikasjon i stor grad frivillig og papir brukes fremdeles i stor utstrekning i sektoren. En fullstendig digitalisering av helsesektoren vil bety frigjorte ressurser blant annet i form av spart tid til fysisk arkivering og annet manuelt arbeid. Tid som brukes til behandling av papir, kan i stedet brukes på annet arbeid i form av pasientbehandling eller administrativt arbeid. Dette kan også bety høyere kvalitet på tjenestene. Kvalitative gevinster ved elektronisk kommunikasjon av meldinger, er sikkerhet for at meldingene kommer fortere frem, økt nøyaktighet i registrering av opplysninger om pasienter, økt sikkerhet i forhold til personvernet og færre feil gjennom blant annet bedre lesbarhet for mottakeren.

26.4.4 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å lovfeste et nytt fjerde ledd i helseregisterloven § 6 om at Kongen i forskrift kan fastsette at helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister skal føres og utleveres elektronisk. Forslaget utvider ikke selve adgangen til å kommunisere eller utlevere helseopplysninger, men åpner for å kreve at kommunikasjonen og utleveringen skal skje i elektronisk form. Det vil alltid være en forutsetning at den aktuelle kommunikasjonen og utleveringen er i tråd med blant annet reglene om taushetsplikt.

26.4.5 Høringsinstansenes syn

Høringssvarene fra kommunene er dels gitt som enkeltuttalelser, dels som felles uttalelser fra flere kommuner. Stort sett alle uttrykker positivt at de støtter målsettingen om at elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon skal være den ordinære måten å kommunisere på i helsetjenesten. De fleste høringsinstanser uttaler også at elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon er et viktig hjelpemiddel og/eller en vesentlig forutsetning for gjennomføring av Samhandlingsreformen, men påpeker samtidig at dette forutsetter utvikling av funksjonalitet, standarder og infrastruktur.

De fleste høringsinstansene, herunder en rekke kommuner, *Helsedirektoratet*, *Statens helse-tilsyn*, *Norsk Helsenett SF*, *Kompetansesenteret for IT i helsevesenet (KITH)*, *Difi*, *Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)*, *Norges Ingeniør – og Teknologiorganisasjon (NITO)* og *Tieto Healthcare and Welfare Norway* støtter at krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon forskriftsfestes.

Flere høringsinstanser, herunder de fleste kommunene, tar forbehold om at Staten tar et ansvar med hensyn til finansiering og utvikling av nasjonal infrastruktur. Ingen høringsinstanser uttaler seg imot forslaget. Nedenfor gis et utdrag av noen relevante høringssvar.

Helsedirektoratet støtter forslaget om lovhjemmel og uttaler følgende om når det er realistisk å stille krav i forskrift:

«Vi er av den oppfatning av at fra og med 2015 skal alle journal- og fagsystemer i helse- og sosialsektoren føres elektronisk, og elektronisk kommunikasjon skal være hovedmåten å utveksle informasjon på. Når et slikt krav skal innføres vil variere mellom ulike brukergrupper. Det er f.eks. for fastleger utstrakt bruk av elektronisk journal, mens dette ikke er like utbredt for andre grupper. Krav til elektronisk føring av journal og fagsystemer, samt når det innføres krav til elektronisk kommunikasjon, må derfor vurderes særskilt for ulike grupper i ulike sektorer.»

Norsk Helsenett SF peker på at «(...) de to viktigste årsakene til at løsninger ikke blir tatt i bruk er at brukerne ikke har behov eller at funksjonaliteten for brukerne er for dårlig» og utdyper:

«Det finnes nå en betydelig mengde empiri på at helsepersonell raskt tar i bruk IKT når funksjonaliteten er god. Dessverre har det vært

utbredt i IKT prosjekter at når det kommer til slutfasen der brukerfunksjonaliteten skal fullføres, så er budsjetter gjerne overskredet eller nærmest tomme.

Om forutsetningene for at bruk av IKT-verktøy skal oppleves som effektivt uttaler Norsk helsenett følgende:

«Muntlig kommunikasjon har sterke tradisjoner i helsetjenesten, spesielt internt i kliniske avdelinger og generelt under «små forhold». Krav om økt dokumentasjon og skriftliggjøring av kommunikasjon pga. innføring av IKT i alle ledd har derfor sine kostnader som må vurderes nøye i forhold til gevinstene. Vi har observert at mange kommuner har anskaffet EPJ – systemer og elektronisk kommunikasjon som i liten grad blir brukt. Vi tror dette både skyldes for dårlig funksjonalitet og et opplevd lite behov. En økning i bruk av IKT i kommuner trenger en bred tilnærming med bruk av flere virkemidler parallelt.»

Flere av høringsinstansene har kommentert spørsmålet om når krav om elektronisk dokumentasjon og utlevering kan innføres.

KITH uttaler:

«KITH mener at utbredelsen av EPJ-systemer nå har kommet så langt at det kan være forsvarlig og nødvendig å gi pålegg om at pasientjournalen skal føres elektronisk for å sikre at etter nølerne kommer med. Likeså mener vi at det nå kan være på sin plass å kreve at sentrale meldinger som f.eks. henvisning og epikrise, skal sendes elektronisk. Erfaring viser imidlertid at det spesielt for større virksomheter kan være krevende å foreta den omlegging av rutiner som overgang til elektroniske løsninger gjerne forutsetter. Vi anbefaler derfor at den endelige fristen for obligatorisk bruk av den enkelte melding fastsettes i samråd med representanter for de typer virksomheter som blir berørt av påbudet.

Etter hvert som nye meldingsstandarder vedtas utarbeidet, bør det også legges en plan for utbredelse av meldingene. Selv om en her med fordel kan angi en tentativ dato for når meldingen skal være tatt i bruk av alle relevante virksomheter, bør et pålegg om obligatorisk bruk av en bestemt elektronisk melding ikke komme før en har fått en viss praktisk erfaring med bruk av meldingen gjennom vellykkede piloteringsprosjekter eller lignende.»

Vedrørende når krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon kan innføres for ulike brukergrupper og innen hvilke områder uttaler KITH:

«Etter vår mening bør det kunne stilles krav om elektronisk føring av pasientjournal innenfor hele spesialisthelsetjenesten samt den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert allmennlegetjenesten. De aller fleste virksomhetene har her alt tatt i bruk EPJ-systemer og det finnes et rimelig antall produkter som må kunne antas å være av akseptabel kvalitet, på markedet. Ettersom det er en del kostnader forbundet med anskaffelse og innføring av slike systemer, og ettersom i det minste virksomheter innenfor offentlig sektor må gjennomføre en formell anbudsprosess, bør det gis en rimelig lang frist for anskaffelse. Eventuelt bør det settes to frister; f.eks. at innføring av EPJ-systemet må være påbegynt innen et år og at systemet må være fullt utbredd innen to år.»

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) uttaler:

«Innføring av elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger bør gjøres skrittvis per løsningsområde og følges opp av organisatoriske endringer slik det sies i høringsnotatet. Alle aktører innen et løsningsområde bør gå over til elektronisk samtidig. Dette vil kreve god koordinering. Områdene bør gjøres avgrenset slik at det er mulig å gjennomføre en koordinert overgang til elektronisk samhandling. Vi vil fraråde at hele helse- og omsorgsområdet går over til full elektronisk samhandling på samme tid.»

Helse Sør-Øst RHF mener at «(...) full elektronisk kommunikasjon antageligvis ikke vil bli en realitet uten et rettslig krav om det, i hvert fall vil det fremskynde prosessen som til nå har gått relativt sakte».

Legeforeningen støtter målsetningen om et IKT-løft i helsetjenesten, men deler ikke departementets vurderinger av hvorfor dette ikke er mer implementert allerede. Foreningen utdyper dette slik:

«Etter Legeforeningens vurdering skyldes dette en manglende statlig strategi og medfinansiering i langt større grad enn manglende lovpålegg. Hele helsesektoren henger etter i utviklingen. Staten må ta et langt større finansielt ansvar for utvikling, investering og drift av

elektroniske kommunikasjonsløsninger, inkludert kommunikasjonsmodulene i EPJ systemene. Staten bør i forbindelse med reformen ta et helhetlig ansvar for utviklingen av en fullfinansiert elektronisk infrastruktur for helsetjenesten. Det vil medføre mer effektiv og bedre koordinert pasientbehandling for både for staten, kommunene, helseforetakene og private aktører.»

Statens helsetilsyn støtter departementets forslag og viser til at det vil kunne føre til en innskjerping av kravene i driftsavtaler som inngås mellom privatpraktiserende helsepersonell og henholdsvis kommuner og foretak. Det samme påpekes av Difi.

Norges Ingeniør- og Teknologiorganisasjon (NITO) uttaler:

«Lov og forskrifter må tydelig definere de enkelte aktørers ansvar for å bidra til gjennomføringen av elektronisk informasjonsutveksling. (...) Skal IKT-verktøy understøtte samhandlingsreformen i den grad man forutsetter, krever det etter NITOs syn et nasjonalt investeringsløft for IKT-utstyr i hele helsesektoren. For å koordinere den praktiske gjennomføring av en slik innføring er det viktig at tilstrekkelig myndighet plasseres i en organisasjonsstruktur som kan fatte beslutninger og effektivt disse i en linje. Innenfor Helsesektoren er det slik NITO ser det, kun RHF-strukturen som i dag vil være i stand til å gjennomføre en slik prosess.

NITO vil presisere at IKT-verktøy må understøtte pasientbehandlingen på en hensiktsmessig måte, og ikke føre til at arbeidsprosesser må tilpasses IKT-systemene. NITO mener derfor det er nødvendig med et betydelig fokus på organisasjonsutvikling og endrede arbeidsprosesser for å ta ut gevinster etter innføring av IKT-verktøy. Da er det avgjørende at det gjøres grundige foranalyser, som involverer alle yrkesgrupper og har pasientens behov i sentrum, når arbeidsprosesser skal kartlegges. NITO vil advare mot at lovverket fører til forsering av, eller blir til hinder for, denne type organisasjonsutvikling.»

Arendal kommune samt kommunene *Åmli*, *Vegårshei*, *Gjerstad*, *Risør*, *Tvedestrand* og *Grimstad* uttaler:

«Det er viktig at alle kommer over på elektroniske løsninger så raskt som mulig for å kunne

avvikle papir. For mange kommuner er det imidlertid fortsatt et stort sprang å ta, ikke minst økonomisk. I mindre kommuner der legekantor, sykehjem og hjemmesykepleie er samlokaliserte, er det ofte vanskelig å få beslutningstakerne til å se at de skal investere i kommunikasjonsutstyr og betale tusenvis av kr pr måned i lisenser og avgifter, når aktørene enkelt kan «stikke innom hverandre» for å få informasjon. Dette fører i sin tur til at de som har investert, ikke får utnyttet dette fullt ut. Vi er avhengig av et volum, og at vi kan kutte ut dobbelt føring på papir for å få gevinster av våre investeringer. Vi støtter derfor forslaget om å lovfeste i helseregisterloven § 6 at Kongen i forskrift kan fastsette at helseopplysninger i behandlingsrettet register skal føres og utleveres elektronisk.»

Videre uttales:

«Departementet ser for seg at plikten til elektronisk informasjon skal innføres gradvis. Det er for så vidt greit, og det vil sikkert komme mange nye meldinger, men de som allerede er utviklet og godkjente for utbredelse bør tas i bruk så snart som mulig. For kommunene er det de samme investeringene som må gjøres om du skal sende én eller 100 meldingstyper, og nytteverdien vil øke for hver meldingstype som tas i bruk.»

Vedrørende administrative og økonomiske konsekvenser uttales:

«Kommunene opplever på mange områder i dag å bli pålagt nye oppgaver som ikke fullfinansieres, og dette går ut over tjenestetilbudet. De økonomiske konsekvensene bør derfor ikke undervurderes, om de fra departementets ståsted virker mindre vesentlige. Med dagens prisstruktur på Norsk Helsenett skal en kommune opp i ganske stort volum på meldingene for å kunne forsvare omleggingen rent økonomisk. For Grimstad kommune med ca 20 000 innbyggere vil det for eksempel koste ca 130 000 kr årlig bare til NHN, selv om det ikke sendes en eneste melding. I tillegg kommer lisenser til leverandørene, som fort kommer opp i tilsvarende beløp. På sikt vil nye måter å jobbe på og avvikling av papir kunne veies opp mot dette, men i innføringsfasen vil det bli ekstrakostnader. Det er derfor viktig at denne fasen blir så kort som mulig.

Kommunene mener det bør kunne stilles krav om at godkjente basismeldinger og pleie- og omsorgsmeldinger er på plass innen 1. september 2012, både for helseforetak, kommunenes omsorgstjenester, helsestasjoner og fastleger.»

Asker kommune, Bærum kommune, Hurum kommune, Krødsherad kommune, Modum kommune, Øvre Eiker kommune og Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken uttaler:

«Før krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres er det nødvendig at det utarbeides en overordnet beskrivelse av de ulike elementer som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk. Den nasjonale infrastrukturen for elektronisk samhandling bør være statlig fullfinansiert for å sikre tilstrekkelig framdrift i etableringen.»

Også *Tromsø, Holmestrand, Radøy og Åseral* kommune mener at en felles IKT-løsning må fullfinansieres for å sikre at alle tar den i bruk.

Askim kommune uttaler:

«Å ta i bruk/implementere nye IKT løsninger er en forutsetning for en mer effektiv samhandling. Reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene spesielt. Det må bety bedre IT løsninger og plattformer som gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/ bruker.»

Larvik kommune ønsker en overordnet styring av arbeid med utvikling av dokumentasjon og kommunikasjon svært velkommen. Kommunen tilføyer:

«En slik lovhjemmel bør ikke være til hinder for at man i enkeltsituasjoner etter pasientens eget ønske har mulighet til å kommunisere og dokumentere via papirjournal for å redusere antall helsepersonell som kan få tilgang på sensitiv informasjon. De offentlige helse- og omsorgstjenestene er ofte organisert i større enheter. Dermed er det som hovedregel behov for at et stort antall helsepersonell gis tilgang til sensitiv helseinformasjon.»

Midtre Gauldal kommune uttaler:

«Vi vil understreke at det mest utfordrende i denne sammenhengen er at arbeidsprosene må endres i den enkelte enhet/organisasjon. Ved innføring av nye elektroniske verktøy viser det seg at kostnadene fordeler seg på omtrent 20 % teknologi og 80 % organisasjonsutvikling. En forutsetning for å lykkes med innføring av nye systemer er at arbeidet med organisasjonsutvikling blir godt nok ivarettatt. Det bør foreligge en strategi på overordnet nivå som tydeliggjør dette for at en skal lykkes i å hente ut målbare resultater ved innføring av ny teknologi og nye måter å jobbe på. Krav til elektronisk dokumentasjon i kommunesektoren bør innføres i løpet av 2012. Særlig etter at den obligatoriske rapporteringen gjennom IPLOS – registeret ble innført for flere år siden, er det ingen grunn til å utsette dette. Undersøkelser viser at ved innføring av elektroniske verktøy er graden av hvor mye av systemet som faktisk er tatt i bruk samt innholdet i dokumentasjonen varierende, og at implementering av nye system tar tid.»

Kommunene Stavanger og Oslo understreker viktigheten av at den enkelte pasient gir sitt samtykke til at opplysninger deles internt og på tvers av virksomheter gjennom elektroniske journaler. Vedrørende felles pleie- og omsorgssystem uttaler Stavanger kommune:

«Vi har sett at helseregisterloven er blitt endret og tilpasset virkeligheten på legekantorene ved å åpne for tilgang på tvers ved formaliserte arbeidsfellesskap. På en måte er kommunenes løsning med private leverandører av lignende karakter. Men siden situasjonen er såpass forskjellig, er det ønskelig å få understreket at kommunens oppgave med å legge til rette for at helsepersonell kan utføre sine lovpålagte oppgaver også omfatter rett til å etablere et virksomhetsovergrepene pleie- og omsorgssystem for alle som deltar i kommunens pleie- og omsorgstjeneste.»

Bindal kommune, Flatanger kommune, Høylandet kommune, Inderøy kommune, Levanger kommune, Lierne kommune, Namdalseid kommune, Nærøy kommune, Sauda kommune, Steinkjer kommune, Snåsa kommune og Verdal kommune uttaler:

«Vi ser ikke bort fra at manglende elektroniske samhandlingssystemer kan ha avgjørende

betydning for når ulike deler av Samhandlingsreformen kan gjennomføres. I høringsnotatet er det først og fremst systemene for pasientinformasjon som omtales. Den forvaltningsmessige/ rettslige delen av reformen vil imidlertid også kreve hensiktsmessige tversgående system, og kvalitetssystemene må samkjøres. Sammen med den omfattende, kontraktsbaserte økonomiske samhandlingen mellom partene vil dette kreve sterk integrering langt inn i deres hovedadministrative system.»

Tromsø kommune uttaler:

«Selv om de fleste kommuner etter hvert har elektroniske journalsystem, så vil et krav om fullstendig elektronisk journal uten enkelte elementer i papirsystem, ta anslagsvis mer enn 3 år å gjennomføre.»

Tønsberg kommune viser til at kommunen er med i Meldingsløftet og vil i løpet av 2011 være operative for noen tjenester. På denne bakgrunn uttaler kommunen at «en mulig gjennomførbar frist i forhold til ikrafttredelse av en forskrift vil være januar 2013». Det uttales videre at det da eventuelt kan bli behov for enkelte overgangsordninger.

Ulstein kommune mener at «(...) konsekvensar i høve til personvern og auka byråkratisering må utgreiast nærare før ytterlegare krav om dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysningar skjer elektronisk.»

26.4.6 Departementets vurderinger og forslag

Elektronisk pasientjournal er en forutsetning for å kunne samhandle elektronisk, enten ved avlevering av opplysninger eller ved elektronisk å få tilgang til opplysninger. Departementet mener som nevnt i høringsforslaget at den elektroniske informasjonsutvekslingen av pasientopplysninger må få et langt videre omfang for at helsetjenesten skal kunne realisere gevinster i form av effektivitet og økt kvalitet på helsehjelpen. Departementet erkjenner at tilpasningen må skje gradvis, men mener samtidig at tiden er inne for å klargjøre at elektronisk kommunikasjon skal være hovedregelen for utveksling av pasientinformasjon. Erfaringene fra innføringen av elektronisk sykemelding tilsier at det vil være hensiktsmessig og nødvendig å ta i bruk pålegg i lov og forskrift som virkemiddel for å kunne oppnå effektiv elektronisk samhandling innen rimelig tid.

Ettersom elektronisk kommunikasjon skal være hovedregelen for utveksling av pasientinformasjon, bør det etter departementets vurdering gis lovhjemmel for at det i forskrift kan stilles krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom elektroniske pasientjournalssystemer. Dette vil kunne være aktuelt for eksempel ved forsendelse av epikriser, utskrivingsmeldinger fra sykehus til omsorgstjenesten, henvisninger og oversendelse av hele journaler ved behov. Det vil også kunne oppstå behov for elektronisk utlevering av opplysninger til pasienter og andre som ikke har pasientjournalssystemer. Departementet opprettholder derfor i all hovedsak forslaget om at Kongen i forskrift kan fastsette at helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister skal føres og utleveres elektronisk.

Departementet foreslår imidlertid en noe endret ordlyd sammenlignet med høringsforslaget. Kongen bør ved forskrift kunne kreve at informasjonen «behandles» elektronisk i stedet for høringsnotatets forslag om at den skulle «føres» og «utleveres» elektronisk. Begrunnelsen for dette er at begrepet «behandling» omfatter både dokumentasjon og utlevering av opplysninger, og at man slik oppnår en enhetlig begrepsbruk i helseregisterloven. I helseregisterloven § 1 nr. 5 er «behandling av helseopplysninger» definert som «enhver formålsbestemt bruk av helseopplysninger, som f.eks. innsamling, registrering, sammenstilling, lagring og utlevering eller en kombinasjon av slike bruksmåter». Registrering, sammenstilling og lagring kan alle ses som elementer i dokumentasjon. Innsamling av opplysninger vil kunne oppfattes som en utvidelse i forhold til høringsforslaget. Departementet anser dette som en beskjeden utvidelse av forslaget ettersom det trolig vil være lite hensiktsmessig å stille krav til i hvilken form helsetjenesten selv skal velge å innhente helseopplysninger. Tolkningstvil reduseres også ved å bruke et begrep som allerede er definert og innarbeidet. På denne bakgrunn foreslår departementet at Kongen i helseregisterloven § 6 nytt fjerde ledd gis hjemmel til i forskrift å fastsette at helseopplysninger i behandlingsrettet register skal behandles elektronisk.

Forslaget er ikke ment å utvide selve adgangen til å utlevere helseopplysninger, men åpner for å kreve at utlevering skal skje i elektronisk form. Det er derfor en forutsetning at blant annet reglene om taushetsplikt overholdes. En forskriftsfestet plikt til elektronisk kommunikasjon vil rette seg mot virksomheter, men også mot helsepersonell i den grad disse driver egen praksis.

Departementet tenker seg at regulering av elektronisk kommunikasjon bør innføres gradvis på ulike områder. Tidspunktet for når det kan være aktuelt å innføre plikt til elektronisk forsendelse av de ulike meldingene og rapporteringene, vil for eksempel variere ut fra hvor viktig den enkelte melding anses å være, når tilfredsstillende meldingsstandarder er utviklet og hvor raskt disse rent praktisk kan implementeres i eksisterende programvare. Det vil være behov for overgangsregler og snevre unntak for de tilfellene hvor krav om elektronisk dokumentasjon og forsendelse vil bli uforholdsmessig byrdefull. Et eksempel på dette kan være når en praksis er under avvikling. Eventuelle overgangsordninger vil bli beskrevet nærmere i forskrift.

Departementet ser at gjeldende regelverk kan være til hinder for effektiv kommunikasjon mellom kommunale og private tjenesteytere i pleie- og omsorgssektoren og at de regelendringene som omtales i denne proposisjon ikke tar høyde for denne problemstillingen. Departementet vil imidlertid se nærmere på problemstillingen i forbindelse med det pågående arbeidet med nasjonal kjernejournal.

26.5 Forsvarlige IKT-systemer og hensynet til elektronisk samhandling

26.5.1 Gjeldende rett

De ulike virksomhetene i spesialisthelsetjenesten har i dag plikt til å sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige, jf. lov om spesialisthelsetjenester § 3-2. Dette innebærer at virksomhetene må sørge for at pasientopplysninger er tilgjengelige for rett person til rett tid og at sensitive pasientdata har den nødvendige beskyttelse slik at taushetsplikt ivaretas. Hovedsystemet ved sykehusene vil som regel være sykehusets pasientadministrative system og pasientjournalssystemet. I tillegg har sykehusene ofte egne systemer for laboratoriers prøvesvar og lignende, et system for røntgen samt et eget økonomisk/administrativt system med opplysninger om lønn, regnskap og administrasjon. Systemene skal til enhver tid være i samsvar med regelverket, herunder helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt.

Kommunene er ikke uttrykkelig pålagt tilsvarende krav, men helseregisterloven og personopplysningsloven stiller strenge krav til informasjonssystemene i virksomhetene. Virksomheten må ellers innrettes på forsvarlig måte.

26.5.2 Behov for endringer

Det er ingen grunn til at det skal være ulike reguleringer av de overordnede kravene til forsvarlige IKT-systemer i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor behov for å harmonisere reguleringen.

Det fremgår av samhandlingsmeldingen og nasjonale planer og strategier for utvikling av IKT i helsesektoren, at IKT er et sentralt verktøy for forebyggende arbeid og tjenesteyting. Riktig bruk av IKT kombinert med et sterkere fokus på organisasjonsutvikling og samhandling, kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet. Spesialisthelsetjenesten og helsetjenesten i kommunene har stor egeninteresse i og et stort ansvar for å legge til rette for en effektiv elektronisk samhandling. Det fremstår på denne bakgrunn som en mangel at et så viktig aspekt av helsetjenestens arbeidsform ikke er gjenspeilet i lovgivningen.

26.5.3 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo å pålegge kommuner en tilsvarende plikt som helseinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten har til å innrette journal- og informasjonssystemene slik at de er forsvarlige. Plikten i lovforslaget ble også lagt på virksomheter som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslo også å lovfeste at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

26.5.4 Høringsinstansenes syn

Så godt som alle høringsinstansene som uttaler seg om det støtter forslagene, herunder *Statens helsetilsyn*, *Helsedirektoratet*, *en rekke kommuner*, *Norges Ingeniør- og Teknologiorganisasjon (NITO)* og *Tieto Healthcare and Welfare Norway*. Ingen høringsinstanser går imot forslaget.

Statens helsetilsyn uttaler at forsvarlighetskravet vil kunne bidra til bedre journal- og informasjonssystemer og at det er «(...) et godt utgangspunkt for tilsynsmyndighetenes aktivitet på dette området». Statens helsetilsyn anbefaler at kravet om forsvarlige journal og informasjonssystemer gis som en egen bestemmelse i lovforslagets kapittel 5, ettersom dette vil gi samme løsning som i spesialisthelsetjenesteloven.

Lærdal kommune peker på at forslaget innebærer at «(...) kommunane er pålagt å ha eit forsvarleg journal og informasjonssystem, utan at det er utarbeidd standardar for elektronisk samhandling», og anser at «(...) det er eit statleg ansvar å utarbeide slike standardar og sikre heilskaplege og velfungerande løysingar». Flere kommuner uttaler seg i samme retning.

Tromsø kommune uttaler følgende:

«Lovendringen som foreslås om forsvarlighet dreier seg først og fremst om at systemene skal kunne tilfredsstillende de krav til informasjonssikkerhet som allerede finnes i dag. Leverandørenes utviklingshastighet kan ha negativ innvirkning på å imøtekomme dette innen rimelig tid. Forslaget om at man skal ta hensyn til effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelser og videreutvikling er positivt, men dette krever bestillerkompetanse som mange kommuner ikke innehar.»

Kommunene i Lister understreker betydningen av at «(...) kommunen og spesialisthelsetjenesten må orientere seg om omforente standarder, gjøre samhandling til et viktig hensyn i anskaffelsesprosesser og ha dialog med samarbeidende virksomheter».

Arendal kommune og kommunene Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Risør, Tvedestrand og Grimstad mener det virker fornuftig å lovfeste at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Kommunene uttaler at dette vil kunne medføre økonomiske konsekvenser, fordi enkelte systemer må oppgraderes til helt nye versjoner for å kunne håndtere gjeldende meldingsstandarder.

26.5.5 Departementets vurderinger og forslag

Av hensyn til en harmonisering av lovgivningen, foreslår departementet å pålegge kommuner, og virksomheter som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, en tilsvarende plikt som helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten til å sørge for at journal- og informasjonssystemene er forsvarlige. Forslaget er en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett. Departementet foreslår å ta Helsetilsynets forslag om plassering av kravet i en egen bestemmelse i kapittel 5 til følge.

Dersom man skal oppnå målet om en effektiv elektronisk samhandling, må spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene ta hensyn til dette aspektet ved anskaffelse og videreutvikling av sine IKT-systemer. Departementet foreslår derfor å lovfeste at helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og kommunene skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Dette innebærer at disse må orientere seg om omforente standarder, gjøre samhandling til et viktig hensyn i anskaffelsesprosesser og ha dialog med samarbeidende virksomheter. Nasjonale standarder og funksjonskrav skal tas i bruk når disse blir fastsatt av myndighetene. Krav til standardisering må inngå allerede i planleggingen av og i anskaffelsesgrunnlaget for IKT-systemer/del-systemer. Det er derfor nødvendig at den enkelte virksomhet har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling med den øvrige spesialisthelsetjenesten og samarbeidende kommuner. Forslaget forutsetter ikke i seg selv investeringer i nye systemer eller oppgraderinger.

Se forslag til ny lov § 5-10 og endring av spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 første ledd.

26.6 Krav til funksjonalitet og standarder

26.6.1 Behovet for standardisering

Samhandlingsreformen vil forsterke behovet for elektronisk samhandling i helsesektoren. Forutsetningen for at aktører i helsesektoren skal kunne samhandle elektronisk på en hensiktsmessig måte, er at alle parter benytter standardiserte løsninger for å få tilgang til opplysninger, dele informasjon og utveksle informasjon ved elektroniske meldinger.

Det er allerede utviklet mange standarder for elektronisk meldingsutveksling og innhold i pasientjournaler i Norge i regi av KITH. Utgangspunktet for utarbeidelse av standardene er prosesser basert på konsensus. Imidlertid er det erfaringsmessig slik at en standard ikke nødvendigvis blir tatt i bruk selv om det oppnås konsensus om innholdet i en standard.

Helsedirektoratets handlingsprogram Nasjonalt meldingsløft er en bred satsing på iverksettning og utbredelse av resultater fra det mangeårige utviklings- og standardiseringsarbeidet som allerede er gjennomført. Nasjonalt meldingsløft skal slik bidra til å realisere de forventede nytteef-

fektene av tidligere satsinger på infrastruktur og standarder for informasjonsutveksling. Det overordnede målet er bedre samhandling og sammenhengende forløp i helsetjenesten.

I meldingsløftet er det tydeliggjort at det er et stort problem at systemleverandører og systemeiere har implementert ulike meldingsformater og ulike versjoner av den enkelte melding. Både meldingsløftet og elektroniske samhandlingsløsninger er avhengig av at løsningene og standardene innføres samtidig i alle aktuelle leverandørsystemer.

EPJ-systemene har ulike tekniske forutsetninger for å håndtere de endringer som kreves av meldingsløftet. Hver enkelt applikasjon må derfor analyseres før endringer kan bestilles på et funksjonelt, teknisk og forretningsmessig fornuftig grunnlag. I noen tilfeller vil alternativet være at nye EPJ-systemer må anskaffes fordi det vil være umulig å gjøre nødvendige tilpasninger i gamle applikasjoner.

Det er en utfordring at bestilleransvaret er plassert hos mange ulike kunder, for eksempel enkelte helseforetak og private praksiser. Det kan medføre at leverandørene nedprioriterer utvikling av standardiserte løsninger og at innføring skjer på forskjellige tidspunkt. Erfaringer (for eksempel gjennom ELIN-prosjektene) tilsier et behov for tett oppfølging av leverandørene, både for innføring av standarden på fastsatt dato og for testing og godkjenning. Ettersom det er frivillig å ta i bruk en etablert standard, kan en ikke forvente at leverandørene påtar seg kostnadene ved å implementere standarden i sitt system før kundene etterspør den. Dette har ført til at det i dag eksisterer mange forskjellige måter å registrere for eksempel en forskrivning av legemiddel på i de ulike EPJ-systemene. I sin tur skaper dette problemer når opplysningene skal utveksles elektronisk. Den fullstendige frivilligheten i innføring av standarder fungerer med andre ord som en betydelig barriere for samhandlingen mellom virksomheter og internt i den enkelte virksomhet. Det er på denne bakgrunnen behov for å gi standardiseringsarbeidet i sektoren større oppmerksomhet.

26.6.2 Gjeldende rett

Departementet har i kraft av sitt eierskap anledning til å pålegge de regionale helseforetakene å ta i bruk felles standarder og funksjonalitet i spesialisthelsetjenesten. Pålegg om bruk av nærmere bestemte standarder og funksjonalitet til kommunale helsetjenester og andre samhandlingsparter krever imidlertid hjemmel i lov.

Helseregisterloven § 16 fjerde ledd gir hjemmel for at Kongen kan gi forskrift om sikkerhet ved behandling av helseopplysninger. Kongen kan herunder sette nærmere krav til «(...) elektronisk signatur, kommunikasjon og langtidslagring, om godkjenning (autorisasjon) av programvare og om bruk av standarder, klassifikasjonssystemer og kodeverk, samt hvilke nasjonale eller internasjonale standardsystemer som skal følges».

Formålet med å gi forskrifter med hjemmel i bestemmelsen må være å ivareta «sikkerhet ved behandling av helseopplysninger». Sikkerhetsbegrepet tolkes vidt ettersom det må omfatte så vel ivaretagelse av konfidensialitet som integritet, kvalitet og tilgjengelighet for å sikre pasientens interesser.

Bestemmelsen i helseregisterloven § 16 fjerde ledd gir for eksempel anledning til å stille krav om at bestemte standarder skal følges ved registrering av opplysninger i elektronisk pasientjournal (innholdsstandarder) og ved elektronisk meldingsutveksling. Dette kan for eksempel være krav til hvilke klassifikasjoner eller andre kodeverk som skal benyttes eller det kan være krav til hvilke opplysninger som alltid må inngå for å oppfylle formålet med registreringen. Videre kan det stilles krav om at programvare som benyttes ved behandling av helseopplysninger skal følge bestemte standarder for å hindre uautorisert tilgang. Departementet kan også stille krav til hvilke funksjoner som de elektroniske informasjonssystemene skal ivareta og gjøre tilgjengelig for brukeren.

For behandlingsrettede registre er det i helseregisterloven § 6 tredje ledd gitt en tilsvarende hjemmel, men uten å knytte formålet opp mot sikkerhet. I henhold til bestemmelsen kan Kongen i forskrift «gi nærmere bestemmelser om behandling av helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre, herunder om godkjenning av programvare og andre forhold som nevnt i § 16 fjerde ledd». Elektroniske pasientjournalssystemer regnes som behandlingsrettede registre.

De to hjemlene har hittil ikke vært tatt i bruk til å pålegge funksjonskrav eller standarder. Departementets høring av sikkerhetsforskrift for tilgang på tvers av virksomheter, tar imidlertid sikte på å innføre nye funksjonskrav til EPJ – systemene. I høringsnotatet varslet departementet at det ville ta initiativ til å forskriftsfeste funksjonskrav og standarder.

Datatilsynet fører tilsyn med at bestemmelsene i helseregisterloven blir fulgt, jf. § 31. Ved manglende oppfølging av krav fastsatt i eller i medhold av helseregisterloven kan det gis pålegg

om retting. Etterkommes ikke dette, kan det ilegges tvangsmulkt eller straff, jf. §§ 33 og 34.

26.6.3 Høringsinstansenes syn

Alle høringsinstansene som har uttalt seg om temaet synes å være enige om at det er et stort behov for krav til funksjonalitet og utvikling av standarder.

Statens helsetilsyn støtter forslaget om å forskriftsfeste sentrale funksjonskrav og standarder til IKT-systemer og viser til at «(...) vår erfaring er at mangel på standarder er et problem både for helsetjenesten og for tilsynsmyndighetene».

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) uttaler følgende:

«Det er en forutsetning at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten forholder seg til det samme sett av protokoller og formater for utveksling av informasjon, dersom samhandlingen skal kunne bli bedre. (...) Bruken av IKT systemer vil kunne bidra til økt trygghet for behandler og å sikre pasienten et kvalitativt godt tilbud på et lavere behandlingsnivå. Vi er av den oppfatning at kravene til elektronisk samhandling må være tilpasset kommunens tjenestenivå, og at spesialisthelsetjenesten må være pålagt å kunne ta imot alle standardiserte formater. Dette vil gjøre det mulig å nivåinndelegge tilbudene som kommuner av ulik størrelse og kapasitet har, og bidra til å holde kostnadene nede for kommuner som velger å dekke befolkningens tilbud ved å kjøpe tjenester eksternt.»

Arendal kommune og kommunene Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Risør, Tvedestrand og Grimstad uttaler at «(...) krav om bruk av europeiske/internasjonale standarder må ikke gå på bekostning av de nasjonale standardene der disse har kommet lengre».

Nord-Troms regionråd DA og enkelte kommuner peker på behovet for deltakelse fra berørte parter og felles opplæringstiltak. *Tromsø kommune* uttaler at det «(...) er en forutsetning at kommunesektoren blir involvert i utarbeidelsen av standardene på samme måte som man har blitt i ELIN-k (Elektronisk Informasjonsutveksling kommune) og Elin-t (Elektronisk Informasjonsutveksling tannhelse), og at man utreder de økonomiske og administrative konsekvensene».

Enkelte høringsinstanser peker på behovet for at staten dekker kostnadene knyttet til standardi-

seringen. *Haugesund kommune* viser til at «(...) høringsnotatet er lite konkret når det gjelder finansiering av standardisering og annen tilrettelegging for elektronisk samhandling, og kommunen etterlyser et statlig initiativ og statlig finansiering». *Stor-Elvdal kommune* uttaler at «(...) IKT-systemer må legges til rette slik at det ikke blir spørsmål om kommunene har råd til å benytte dem» og at «(...) de må være åpne og tilgjengelige for alle som de er ment å tjene».

26.6.4 Departementets vurderinger

Mangfoldet i helse- og omsorgssektoren tilsier at en må bruke ulike virkemidler for å digitalisere sektoren. Forhandlinger, avtaler og insentiver er alternative virkemidler, men det kan også være hensiktsmessig at sentrale myndigheter pålegger krav om at helse- og omsorgstjenesten bare bruker systemer som er tilrettelagt for bestemte funksjonskrav og standarder.

De fleste aktørene i helsetjenesten etterspør standardisering. KITH tilbyr en test- og godkjenningsordning, men aktørene har selv ansvar for å stille krav til leverandørene om at løsningene skal være testet og godkjent. Det har vist seg at selv om standardene er på plass, kan det ta lang tid før de er implementert og tas i bruk. Ulike standarder fortsetter å eksistere side om side fordi nye standarder ikke tas i bruk samtidig av alle aktørene.

Hovedårsaken til at det tar lang tid, er at innføringen er basert på egeninteresse og en stor grad av frivillighet. Dersom elektroniske løsninger skal være kostnadseffektive, og investeringskostnadene for elektronisk kommunikasjon reduseres, er det en forutsetning at alle aktuelle aktører benytter løsningene. Den samlede samfunnsøkonomiske gevinsten er avhengig av hvor raskt man oppnår full overgang til elektronisk samhandling.

Det vil være nødvendig med en felles, nasjonal og standardisert samhandlingsarkitektur for å kunne kommunisere mellom ulike IKT-systemer og aktører i sektoren. En samhandlingsarkitektur er en overordnet beskrivelse av de ulike elementene som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk mellom ulike aktører eller IKT-systemer i sektoren, og hvordan elementene forholder seg til hverandre. Det må stilles krav til å bruke fastsatt samhandlingsarkitektur for å øke graden av felles informasjonsutveksling i sektoren. Departementet mener det er viktig å arbeide

videre med utgangspunkt i den etablerte samhandlingsarkitekturen.

Det er i dagens lov hjemmel for forskriftsregulering av standarder og funksjonalitet for å ivareta sikkerhet. Sikkerhetsbegrepet omfatter både sikring av konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet. Begrepet er etter departementets vurdering i utgangspunktet så omfattende at det neppe vil innebære en materiell skranke for en hensiktsmessig regulering av standarden.

Departementet vil på denne bakgrunn utrede forskriftsfesting av sentrale funksjonskrav og standarder til IKT-systemer som benyttes ved behandling av helseopplysninger.

26.7 Sertifisering

26.7.1 Hva er sertifisering?

Sertifiseringen innebærer at det foretas en kontroll av om de krav til standarder og funksjonalitet som følger av myndighetskrav faktisk er gjennomført i systemene og programvaren. Dersom kontrollen er vellykket, sertifiseres programvaren eller systemet.

Første trinn i en sertifisering kan være en selvdeklarasjon der leverandøren bekrefter at alle krav som sertifiseringen omfatter er oppfylt av produktet, og eventuelt også hvordan disse er oppfylt. Deretter må representanter for sertifiseringsorganet foreta en gjennomgang av produktet for å kontrollere om kravene faktisk er oppfylt. Utgangspunktet for en slik gjennomgang vil være et sett av testkriterier som er utarbeidet på grunnlag av kravene som sertifiseringen omfatter.

En sertifisering som er foretatt av et nøytralt organ som aktørene har tillit til, skal gi tilstrekkelig trygghet for at systemet oppfyller de krav som sertifiseringen omfatter. Feil og mangler som avdekkes gjennom sertifiseringsprosessen må rettes av leverandøren før systemet blir sertifisert. Når det er etablert en sertifiseringsordning for et bestemt funksjonsområde, kan de som skal anskaffe et IKT-system, kreve at systemet skal ha en slik sertifisering fremfor selv først å måtte utarbeide detaljerte funksjonelle krav for området for deretter å verifisere at den leverte programvaren overholder kravene.

En sertifisering vil naturlig nok være knyttet opp mot den konkrete versjonen av produktet som blir kontrollert. Det innebærer at sertifiseringsprosessen må gjentas for hver ny hovedversjon av produktet som leverandøren utvikler.

26.7.2 Behovet for sertifisering

Forskjellige former for sertifiseringsordninger vil kunne bidra til økt bruk av standarder og eventuelt andre former for felles formaliserte krav. Dette vil kunne bidra til færre feil og høyere kvalitet i den elektroniske samhandlingskjeden og dermed bedre pasientsikkerhet og personvern.

Leverandørene vil få et konsistent sett av krav å forholde seg til, i stedet for sprikende og til dels motstridende krav fra forskjellige kunder. For oppdragsgiverne er sertifisering arbeidsbesparende ettersom man unngår at hver enkelt aktør må utvikle egne kravspesifikasjoner på de aktuelle områdene. Sertifiseringsordninger som omfatter krav utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelser i lov eller i medhold av lov, vil også kunne gi myndighetene en større trygghet for at de aktuelle bestemmelsene blir etterlevd.

KITH har etablert en test- og godkjenningsordning for helsesektoren. Ordningen skal sikre at meldinger kan sendes på standardisert format fra avsendersystem til mottakersystem uavhengig av hvem som har levert de forskjellige systemene. Systemene testes og godkjennes for henholdsvis sending og mottak av de standardiserte meldingene. Ordningen er i dag frivillig og benyttes i varierende grad av leverandørene.

26.7.3 Gjeldende rett

Helseregisterloven §§ 6 tredje ledd og 16 fjerde ledd gir Kongen hjemmel til å gi forskrift om behandling av helseopplysninger. Som eksempel på hvilke krav forskriften kan inneholde nevnes «godkjenning av programvare». En sertifisering innebærer nettopp en form for godkjenning av programvare, i den forstand at det bekreftes at relevante standarder og krav til funksjonalitet er bygget inn på tilfredsstillende måte.

Med hjemmel i helseregisterloven vil således departementet blant annet kunne kreve at de som behandler helseopplysninger på utvalgte områder eller for utvalgte funksjoner, kun skal benytte programvare som er sertifisert. Hjemmelen er ennå ikke benyttet. Sanksjoner ved manglende etterlevelse er tvangsmulkt og straff i medhold av helseregisterloven.

26.7.4 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo å presisere i helseregisterloven § 16 fjerde ledd at bestemmelsen gir hjemmel til å stille krav til sertifisering i forskrift. Departementet la til grunn at krav til sertifisering

av programvare kan stilles med hjemmel i helseregisterloven §§ 6 tredje ledd og 16 fjerde ledd. Det er derfor strengt tatt ikke nødvendig å nevne også sertifisering i listen med eksempler på hva som kan reguleres i lov. Hensynet til å ha en så klar og forutsigbar ordlyd som mulig i loven kan imidlertid tilsi at sertifisering nevnes uttrykkelig. Dersom det skulle være ønskelig å sertifisere også annet enn programvare, vil det ha selvstendig betydning å innta sertifisering som et eget punkt i listen. Departementet ba om høringsinstansenes synspunkter på om sertifisering burde nevnes uttrykkelig som en del av den ikke-uttømmende opplistingen av formål i helseregisterloven § 16 fjerde ledd.

Departementet ba også høringsinstansene om særskilt å kommentere på hvilke områder det vil være mest hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder, hvor lang frist det normalt bør settes fra slike forskrifters vedtakelse til de trår i kraft og behovet for overgangsordninger.

26.7.5 Høringsinstansenes syn

Alle høringsinstansene som har merknader til forslaget støtter departementets forslag om uttrykkelig å nevne krav om sertifisering som en del av den ikke-uttømmende opplistingen av formål i helseregisterloven § 16 fjerde ledd.

Om behovet for sertifiseringsordninger uttaler *Helsedirektoratet* følgende:

«Det er et ønske fra direktoratet at det innføres en sertifiseringsordning for at ikke brukeren alene skal sitte med ansvaret for at programvaren som benyttes er i samsvar med lover og regler. En sertifiseringsordning vil også kunne bidra til å forenkle arbeidet med elektronisk samhandling, samt styrke informasjonssikkerheten. En selvdeklareringsordning vil kunne være et steg på veien mot en sertifiseringsordning, men det er viktig at det på sikt blir en sertifiseringsordning der det utføres kontroll med at kravene overholdes».

Kompetansesenteret for IT i helsevesenet (KITH) mener at det av tillitshensyn er nødvendig at «(...) sertifiseringsorganet er helt nøytralt både i forhold til leverandører av EPJ-system og andre som utvikler løsninger som skal sertifiseres, og i forhold til de virksomheter som skal benytte disse løsningene». Videre peker KITH på at en fullverdig sertifisering utført av en uavhengig tredjepart «(...) vil kunne medføre ikke ubetydelige kostna-

der» og at det derfor «(...) kan være hensiktsmessig å operere med flere nivåer godkjennings-/sertifiseringsordninger», herunder ulike egenerklæringsordninger.

Norsk Helsenett SF uttaler følgende om sertifiseringsarbeidet:

«Bruk av regelverk og sertifisering kan være nødvendige virkemidler, men det må være et krav at det er dokumentert gjennom utprøving at standardene er funksjonelle både teknisk og klinisk før de blir krevd implementert. Vi gir vår fulle støtte til arbeidet med standardisering, men anbefaler samtidig at departementet utdypet og styrker funksjonskrav i forhold til brukerfunksjonalitet og brukbarhet. Samtidig bør det tidligst mulig i standardiseringsarbeidet kjøres konkrete pilotprosjekter for å teste forslagene kvalitet. Det er utviklet internasjonale retningslinjer med dette som formål som også kan være veiledende for hva som bør være forutsetning for hvilke områder som man skal velge å stille krav om sertifisering.»

Arendal kommune og kommunene Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Risør, Tvedestrand og Grimstad uttaler støtter forslaget om å forskriftsfeste krav om obligatorisk sertifisering, og mener det vil gjøre det mye enklere for aktørene å anskaffe eller oppgradere systemene sine. Kommunene tilføyer at det må settes av nok midler over statsbudsjettet dersom sertifisering skal iverksettes.

Helse- og omsorgslederne i kommunene i Gjøvik mener at «(...) dersom man både skal ha så ensartet programvare som mulig, og at dette skal være sertifisert, vil det bli mange kommuner som må bytte ut en del programmer».

På spørsmålet om på hvilke områder det vil være mest hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder, har høringsinstansene gitt mange og grundige tilbakemeldinger. Departementet vil ta stilling til de detaljerte innspillene i det videre arbeidet med standardisering og sertifisering, men nøyer seg her med å gjengi noen hovedinntrykk.

Helsedirektoratet ønsker at det prioriteres å innføre en sertifiseringsordning på følgende områder: Informasjonssikkerhet, standardisert elektronisk kommunikasjon, standardiserte meldinger og felles strukturering av journal. Helsedirektoratet tilrår at det foretas en utredning av hva en fullstendig sertifiseringsordning skal inneholde og konsekvensene av en slik ordning før en komplett sertifiseringsordning innføres, og anser at «(...) oppbygging av en sertifiseringsordning

uansett vil ta tid, og kreve betydelige investeringer».

KITH nevner spesielt sertifisering av de meldingsstandardene som utvikles, krav til informasjonssikkerhet og tilgangsstyring, redigering, retting og sletting i journal samt arkivering av EPJ.

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) viser til at markedet er svært begrenset på en del områder innenfor helsevesenet og frykter at «(...) en omfattende og kostbar godkjenningsordning vil kunne redusere innovasjon og tilgang på nye og mer effektive applikasjoner og anvendelsesområder». *KoKom* anbefaler derfor «(...) at man begrenser sertifiseringsordningen til standardisering av meldinger, og etablerer systemer for «selv test» slik at kostnaden med ordningen blir lavest mulig» Videre mener kompetansesenteret at «(...) funksjonelle systembeskrivelser bør etableres for alle system og evt. del system slik at leverandørene har mulighet til å få rammer for sin virksomhet».

Tromsø kommune uttaler at sertifisering er svært ressurskrevende og at man derfor i første omgang «(...) kun bør kreve sertifisering av komponenter som inngår i meldingsutveksling, deretter andre viktige deler av Elektronisk pasientjournal-systemet som inngår i en samhandling med andre systemer – legemiddeloversikt er et slikt eksempel».

KoKom uttaler at «(...) alle systemer som skal leveres til helsetjenesten bør ha spesifikasjoner som beskriver funksjonalitet og verifikasjonskrav så entydig som mulig».

Arendal kommune og kommunene Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Risør, Tvedestrand og Grimstad anser at det «(...) i første rekke synes riktig å sertifisere de standardene og funksjonene som går på samhandling, eksempelvis felles kodeverk, registrering av legemidler, meldinger og lignende».

Norsk Manuellterapeutforening mener at det er mest hensiktsmessig å «(...) kreve sertifisering av funksjonsområder som har størst betydning for pasientsikkerheten og som oftest er i bruk», og nevner spesielt sykemeldinger, henvisninger til spesialist, prøvesvar og tilbakemeldinger (epikriser) fra spesialist, rekvirering av bildediagnostikk og svar fra røntgenundersøkelser

Holmestrand kommune mener at kravet først og fremst bør komme for kommunikasjon med helseregistre og utveksling av EPJ-opplysninger mellom ulike virksomheter.

Høringsinstansene synes å være enige om at tidspunktet for forskriftenes ikrafttredelse må vur-

deres konkret for hvert tiltak ut fra hvilke krav som stilles til systemene, men gir likevel noen mer generelle anbefalinger. HelseDirektoratet viser til at mange av de viktigste kravene til systemene allerede i dag er lovpålagt, men at for eksempel krav til strukturering av journal vil kreve overgangsordning fordi dette ikke er et lovpålagt krav i dag.

Norsk Helsenett SF baserer seg på erfaring fra andre land og antar at det «(...) vil være rimelig å gi leverandørene en frist på maksimalt 2 år for å implementere en standard, men selvfølgelig med unntak for større omlegginger». Norsk Helsenett SF anbefaler at det gjennomføres en konsekvensanalyse med deltagelse fra leverandører og brukere før krav om innføring av ny funksjonalitet og standarder blir bestemt.

KITH skiller mellom krav om sertifisering for en helt ny funksjonalitet, for eksempel en ny melding eller en ny tjeneste, og sertifisering innenfor funksjonsområder som allerede dekkes av de fleste systemer:

«Når det gjelder sistnevnte, må fristen nødvendigvis være lang nok til at leverandørene kan foreta de nødvendige oppgraderinger i sitt system, gjennomføre sertifiseringen og installere den sertifiserte løsningen hos sine kunder. (...) Ut fra dette mener vi at det som et minimum må gå et år fra et krav om bruk av sertifiserte løsninger innenfor et bestemt funksjonsområde blir publisert til at det kan tre i kraft. Dersom kravet om sertifisering gjelder et funksjonsområde hvor en må anta at det er et betydelig gap mellom sertifiseringskravene og funksjonaliteten i de eksisterende systemene, vil det være nødvendig å sette en betydelig lengre frist.

Når det gjelder myndighetspålagte krav om sertifisering i forhold til helt ny funksjonalitet stiller det seg noe annerledes. (...) I slike tilfeller bør kravet være at løsningene ikke kan settes i ordinær drift før de er sertifiserte, uten noen nærmere angivelse av tidsfrist. For ny funksjonalitet som skal være obligatorisk for enkelte virksomhetstyper, f.eks. elektronisk rapportering til et helseregister, bør en etter vår mening heller sette en frist for når en sertifisert løsning skal være tatt i bruk, framfor å sette en frist for når leverandøren skal ha gjennomført sertifiseringen. Når det gjelder fastsettelse av tidsfrister, anbefaler vi generelt at dette gjøres i samråd med representanter for de typer virksomheter som blir berørt av fristen.»

Norsk Manuellterapeutforening uttaler følgende:

«Myndighetenes arbeid med elektronisk samhandling har vært velkjent blant leverandører av EPJ-systemer for manuellterapeuter i en tid. De to største leverandørene av EPJ-systemer til manuellterapeuter har i forbindelse med ELSA-prosjektet allerede forpliktet seg til å starte arbeidet med å følge KITH-standardene. Det bør derfor kunne settes en relativt kort frist, for eksempel et år.»

Norsk Manuellterapeutforening uttaler videre at krav om sertifisert EPJ-programvare vil kunne påføre klinikkene store omkostninger. Foreningen mener derfor at før pålegg om bruk av slik programvare iverksettes, må spørsmålet om finansiering være avklart mellom partene.

Holmestrand kommune uttaler at tidsperspektivet mellom vedtak av forskrift og iverksettelse først og fremst er et spørsmål om vilje til statlig finansiering av tiltakene.

Dersom de frister som settes er realistiske, ser KITH ingen spesielle behov for overgangsordninger. KITH mener det vil være tilstrekkelig dersom det gis mulighet til å søke om utsettelse av bruken av et eksplisitt angitt system i en bestemt virksomhet eller eventuelt for alle virksomheter som benytter dette systemet. KoKom uttaler seg i samme retning og foreslår at «(...) det bør være mulighet for helseforetak og kommuner å søke om dispensasjon fra krav, dersom man må gjøre ny utlysning, eller av en eller annen ikke teknisk grunn ikke kan få gjennomført leveransen». Arendal kommune og kommunene Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Risør, Tvedestrand og Grimstad mener det bør være mulig å søke dispensasjon fra fristen i en overgangsperiode på for eksempel to år.

KITH foreslår at det tas inn en definisjon av begrepet sertifisering fordi begrepet blir benyttet på forskjellige måter.

26.7.6 Departementets vurdering

Som ledd i arbeidet med å fremme bruk av felles standarder og funksjonskrav knyttet til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger i helsesektoren, ser departementet behovet for i forskrift å kunne stille krav om sertifisering av programvare for utvalgte områder.

Den frivillige sertifiseringsordningen i regi av KITH har vist seg ikke å være tilstrekkelig til å sikre en bred utbredelse av omforente standarder. Forskriftskrav om sertifisering vil imidlertid forplikte helseforetak, kommuner og øvrige offent-

lige og private virksomheter i helsetjenesten til å etterspørre og kreve at leverandørene leverer systemer som tilfredsstillende leverer krav som sertifiseringsordningen inneholder. Dette vil gjøre det mulig for brukere og leverandører å høste betydelige kvalitets- og effektivitetsgevinster.

En fremtidig sertifiseringsordning bør være obligatorisk, og det vil i første omgang være naturlig med en utvidelse av KITHs test- og godkjenningsordning. Sertifiseringer som fokuserer på et klart avgrenset funksjonsområde eller funksjonalitet, er å foretrekke fremfor én sertifisering som dekker all funksjonalitet i et EPJ – system. Denne fremgangsmåten gir sikkerhet for at visse funksjoner i et EPJ-system er på plass og tas i bruk i sektoren.

En utvidelse av nåværende test og godkjenningsordning vil i første rekke ta sikte på å sikre at funksjonalitet som understøtter samhandling og myndighetspålagte krav ivaretas av EPJ – systemene. Systemene skal for eksempel inneholde nasjonale meldinger på standardisert format, systemene skal ha funksjoner som oppfyller bestemmelser i regelverk (for eksempel tilgangsstyring, arkivering og avlevering til arkivdepot) og korrekt faglig innhold (inkludert for eksempel korrekt bruk av kodeverk og terminologier), blant annet med sikte på bedre kvalitet ved rapportering til helseregistre.

Ved gjennomføring av sertifiseringer vil også uklarheter og svakheter i de standarder som ligger til grunn for sertifiseringen kunne avdekkes. For å sikre at slike erfaringer blir tatt med tilbake til standardiseringsarbeidet, vil det være fordelaktig med et nært forhold mellom de som foretar sertifiseringen og de som utarbeider standardene. Erfaring fra sertifiseringsarbeid utgjør et godt grunnlag for å lage enda bedre standarder og veiledningsmateriell.

Departementet vil på denne bakgrunn utrede forskriftsfesting av krav om obligatorisk sertifisering for, i første omgang, avgrensede funksjonsområder i programvare som benyttes ved behandling av helseopplysninger.

Departementet opprettholder derfor forslaget om å presisere i helseregisterloven § 16 fjerde ledd at bestemmelsen også omfatter hjemmel til å forskriftsfeste krav om sertifisering. Blant annet på bakgrunn av høringsuttalelsen fra KITH er begrepet sertifisering nærmere beskrevet i merknadene til bestemmelsen.

Departementet vil i det kommende utredningsarbeidet ta med seg de verdifulle innspillene høringen har gitt. Departementet vil særlig peke på viktigheten av at systemkravene tilrettelegges for sikker elektronisk kommunikasjon og at meldinger som er utarbeidet av KITH er implementert i alle versjoner.

Del IV
Samarbeid mellom kommuner
og mellom kommuner og helseforetak

27 Samarbeid mellom kommuner

27.1 Innledning

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, St. meld. nr. 47 (2008-2009), ble det lagt til grunn at kommunene selv må finne frem til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. Meldingen legger vekt på at ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov vil bygge på en forutsetning om at kommuner i nødvendig utstrekning inngår samarbeid om de nye aktuelle oppgavene som følge av reformen. Det ble derfor forutsatt at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig.

Det ble i meldingen lagt til grunn at Regjeringen ikke vil lovregulere samarbeidet mellom kommuner, men peke på ulike måter å innrette et interkommunalt samarbeid på. Det skal være opp til kommunene å finne frem til hvilke organisasjonsformer for samarbeid som er best egnet. Det vises til at interkommunalt samarbeid kan organiseres etter kommuneloven § 27, interkommunalt selskap, aksjeselskap, vertskommunemodell eller etter en samkommunemodell.

I innstilling nr. 212 S (2009-2010) om samhandlingsreformen gir komiteen sin støtte til at kommuner i nødvendig grad inngår samarbeid for å kunne oppnå de ønskede helsemessige og samfunnsmessige gevinster ved reformen. Det blir eksempelvis fra komiteens side understreket at etablering av gode lokalmedisinske sentra vil kreve en viss størrelse på befolkningsgrunnlaget. Videre viser komiteen til at frivillig kommunesammenslåing kan være et alternativ som bør vurderes i de lokaldemokratiske prosessene rundt valg av modell. Det blir presisert fra komiteens side at uavhengig av hvilken samarbeidsmodell kommunene velger, må rettigheter for pasientene være like mellom kommuner og samarbeidende kommuner og med klare ansvarslinjer.

Som i høringsforslaget legger departementet også i lovproposisjonen opp til at kommunene i fremtiden vil få økt aktivitet og utvidet ansvar enn det som tilligger dem i dag. Nedenfor redegjør departementet for samarbeidsmodeller som kan være aktuelle for kommunene for å inøtekomme

de oppgaver og utfordringer de vil støte på i oppfølgingen av samhandlingsreformen. Omtalen av de ulike samarbeidsmodellene er hentet fra Ot.prp. nr. 95 (2005-2006) om kommuner og fylkeskommuner (interkommunalt samarbeid) og Kommunal- og regionaldepartementets høringsnotat av 26.04.10 om forslag til lovfesting av samkommunemodellen. Helse- og omsorgsdepartementet viser til de modeller for samarbeid som antas å være best egnet for kommuner som ser det hensiktsmessig og nødvendig å samarbeide for å løse oppgaver innen helse- og omsorgssektoren i fremtiden.

27.2 Gjeldende rett

27.2.1 Krav til samarbeid etter kommunehelsetjenesteloven

Kommunehelsetjenesteloven har i utgangspunktet ikke bestemmelser som regulerer samarbeidet mellom kommuner. Regulering av samarbeidsformer følger av annet regelverk, se kapittel 27.3 nedenfor. Likevel er det slik at det i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd, andre punktum presiseres det at kommunen kan inngå avtale med andre kommuner, fylkeskommunen eller private om drift av sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Videre kan departementet, etter kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd, påby samarbeid mellom kommuner når dette er påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten, og om nødvendig gi regler for et slikt samarbeid, herunder også fordeling av utgifter. I forarbeidene til bestemmelsen ble det vist til at samarbeid mellom kommuner om helsetjenesten vil kunne bli aktuelt i kommuner som er så små at de for eksempel ikke kan ha kommunelege eller fysioterapeut alene. Samarbeid mellom kommuner vil da være nødvendig for å få dekket befolkningens rett til disse tjenestene.

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-6 annet ledd fremgår det at helsetjenesten i kommunen skal yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner, dersom forholdene tilsier det. Anmodning om bistand skal fremmes

av den kommunen som har bistandsbehovet. I forarbeidende til bestemmelsen blir det uttalt at forhold som kan tilsi at bistand er nødvendig er at det foreligger behov for ressurser, personell, materiell eller lokaler som en kommune ikke har tilgjengelig eller disponerer over i sin drift. Eksempler på ulykker eller kriser hvor det kan være aktuelt med bistand er tog- eller flyulykke, flykapringer, flom, snøskred, store epidemier, utslipp av farlige gasser etc.

Det fremgår av bestemmelsens tredje ledd at den kommunen som yter bistand skal ha kompensasjon for utgiftene fra kommunen det ytes bistand til. Kommunene står imidlertid fritt til å inngå avtale om en annen løsning.

27.3 Ulike interkommunale samarbeidsmodeller

27.3.1 Innledning

I dag samarbeider kommuner på mange forskjellige måter, fra det helt formløse samarbeid til samarbeid innenfor definerte selskapsformer. De mest alminnelige former for interkommunalt samarbeid er interkommunale styre etter kommuneloven § 27 og interkommunale selskaper etter lov om interkommunale selskaper. Dessuten finnes bestemmelser om interkommunalt samarbeid i enkelte andre lover som gjelder oppgaveløsning for kommunene. Samarbeid mellom kommuner reguleres således både av kommunallovgivningen og av særlovgivningen.

Et vesentlig skille går mellom de organisasjonsformer hvor det ikke opprettes noen felles organisatorisk overbygning og samarbeid med slik overbygning, typisk et felles styre med representanter fra hver deltakerkommune. Interkommunale løsninger organiseres også i en viss utstrekning som aksjeselskap, og også som foreninger og stiftelser.

I tilfeller hvor kommunen er pålagt en oppgave gjennom lov blir det et spørsmål hvilke organisasjonsformer som kan benyttes for å utføre den aktuelle oppgaven. Utgangspunktet er at dersom den aktuelle særloven ikke gir avgrensninger for hvordan virksomheten kan organiseres, står kommunene fritt til å velge organisasjonsform.

Når det gjelder adgangen til å delegerer lovregulert myndighetsutøvelse til interkommunale enheter, gir kommuneloven § 28 a en generell hjemmel for å samarbeide om lovpålagte oppgaver, herunder myndighetsutøvelse. Unntak fra dette utgangspunktet må fremgå av særlovgivningen.

Et hovedskille ved valg av samarbeidsform, er om samarbeidet gjelder oppgaver som kommunene frivillig har påtatt seg eller om det gjelder lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet. Når det gjelder det førstnevnte samarbeidet, er aktuelle modeller:

- Aksjeselskap etter aksjeloven
- Interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper
- Interkommunalt samarbeid med eget styre etter kommuneloven § 27

Når det gjelder samarbeid om lovpålagte oppgaver som innebærer myndighetsutøvelse, er det som hovedregel vertskommunesamarbeid etter kommuneloven §§ 28 a–k kommunene kan anvende. Kommunal- og regionaldepartementet sendte den 26. april 2010 ut et høringsnotat med forslag om å lovfeste en samkommunemodell. Samkommunemodellen er tilpasset kommunens mer individrettede tjenesteyting, og intensjonen er at kommunene i større grad enn i andre samarbeidsmodeller, skal kunne ivareta en helhetlig og samordnet politisk ledelse av oppgavene det samarbeides om.

27.3.2 Interkommunalt styre etter kommuneloven § 27

Kommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27 utgjør i dag en sentral del av interkommunalt samarbeid. Det fremgår av kommuneloven § 27 første ledd at «to eller flere kommuner, to eller flere fylkeskommuner, eller en eller flere kommuner og en eller flere fylkeskommuner, kan opprette et eget styre til løsning av felles oppgaver. Kommunestyret og fylkestinget gjør selv vedtak om opprettelse av slikt styre. Til slikt styre kan kommunestyret eller fylkestinget selv gi myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift og organisering».

Det er begrenset hvilken myndighet som kan legges til styret, jf. lovens ordlyd «drift og organisering». Bestemmelsen er svært gammel og ble utformet med sikte på driftsmessig og administrativt samarbeid om for eksempel bygging og drift av anlegg for strøm- eller vannforsyning, kloakk og renovasjon.

Samarbeid etter den rettslige rammen som kommuneloven § 27 gir, kan være et alternativ til en selskapsrettslig organisering som for eksempel interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper. Samarbeid etter kommuneloven § 27 er også blitt benyttet som organisasjonsmodell for mange regionsråd.

27.3.3 Interkommunalt selskap

Lov om interkommunale selskaper trådte i kraft 1. januar 2000. Denne organisasjonsformen er utviklet for virksomhet med forretningsmessig preg og næringsvirksomhet. Loven setter imidlertid ingen begrensninger for hvilken type virksomhet som kan organiseres etter denne selskapsformen, såfremt ikke særlovgivningen selv setter slike begrensninger.

Det følger av loven at både kommuner og interkommunale selskaper kan være deltakere i interkommunale selskaper, jf. § 1. På samme måte som for interkommunale samarbeid med felles styre etter § 27 i kommuneloven, kan ikke staten, private eller aksjeselskaper være deltakere i interkommunale selskaper, jf. § 1. Derimot kan et interkommunalt selskap være deltaker i et aksjeselskap. Lov om interkommunale selskaper er i per i dag den eneste selskapsformen for interkommunalt samarbeid hvor deltakerne har ubegrenset ansvar.

Det følger av loven § 4 at det er selskapsavtalen som er det rettslige grunnlaget for samarbeidet mellom kommunene. Kommunene utøver sin eierstyring gjennom representantskapet, jf. §§ 6 og 7. Representantskapet er det øverste organet i selskapet og skal ha minst en representant fra hver kommune, som velges av kommunestyrene selv. Det enkelte kommunestyre har instruksjonsrett overfor sine egne medlemmer i representantskapet.

27.3.4 Aksjeselskap

Aksjeselskapsformen er regulert i aksjeloven av 13. juni 1997 nr. 44. Denne organisasjonsformen er først og fremst utviklet med tanke på private aktører og for virksomhet med økonomisk formål, men også kommuner kan ta den i bruk. Kommuner kan delta i aksjeselskap med andre kommuner, andre offentlige rettssubjekter eller private. Det kan også etableres aksjeselskap hvor kommunen er eneste aksjonær.

Det som er spesielt for aksjeselskapsformen, er at deltakerne (det vil si aksjeeierne) har et begrenset økonomisk ansvar for selskapets forpliktelser. Selskapets kreditorer kan bare rette sine krav mot selskapet, og aksjeeierne kan ikke gjøres ansvarlig for mer enn aksjeinnskuddet.

Aksjeselskap skal ha generalforsamling, styre og daglig leder. Generalforsamlingen er det øverste organet for aksjeselskapet, mens styret er underordnet generalforsamlingen og daglig leder underordnet styret. Styret og daglig leder utgjør

den daglige ledelsen av aksjeselskapet. Det er således generalforsamlingen som er eiernes organ, og det er først og fremst gjennom vedtak i dette organet at deltakerkommunene kan utøve sin eierkompetanse.

27.3.5 Vertskommune

Fra 1. januar 2007 ble det innført en generell hjemmel i kommuneloven §§ 28 a–k som åpner for samarbeid mellom kommuner om lovpålagte oppgaver, jf. Ot.prp. nr. 95 (2005-2006) *Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (interkommunalt samarbeid)*.

Et av hovedsiktemålene med de nye bestemmelsene var å gjøre det forsvarlig å etablere interkommunalt samarbeid når det gjelder oppgaver som innebærer offentlig myndighetsutøvelse. Bakgrunnen for innføringen av modellene var særlig det å gjøre det mulig for kommunene å bygge opp velfungerende fagmiljøer i områder av landet der den enkelte kommune hver for seg kan ha vansker med å etablere den type kompetanse som kreves for å utføre hele registeret av oppgaver som er pålagt.

Vertskommunesamarbeidet innebærer at beslutningsmyndighet blir delegert fra en eller flere kommuner til vertskommunen. Til grunn for samarbeidet skal det ligge en samarbeidsavtale.

Loven skiller mellom administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Der det ikke overføres beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter, kan kommunene opprette et administrativt kommunesamarbeid. De ulike deltakerkommunene kan delegere ulik kompetanse til vertskommunens administrasjon innenfor et slikt administrativt vertskommunesamarbeid. Beslutningene treffes da av administrasjonen i vertskommunen.

Det kan også overføres beslutningsmyndighet i prinsipielle saker. I så fall må kommunene inngå et vertskommunesamarbeid med en felles folkevalgt nemnd som treffer avgjørelser i slike saker. Øvrige saker kan delegeres til vertskommunens administrasjon. Hver av deltakerkommunene skal være representert med to eller flere representanter i nemnda. Der kommunene etablerer en felles folkevalgt nemnd som skal ta prinsipielle beslutninger, må alle deltakerkommunene delegere samme myndighet til den felles politiske nemnda.

Vertskommunemodellen er en svært fleksibel modell. Et eksempel er dersom fire kommuner ønsker å samarbeide om fire ulike oppgaver, kan dette gjøres på ulike måter innen vertskommune-

modellen. Et alternativ er å legge alle oppgavene inn i ett felles vertskommunesamarbeid med eller uten felles folkevalgt nemnd. Et annet alternativ er å etablere fire ulike vertskommunesamarbeid, hvor hver av deltakerkommunene er vertskommune for en av oppgavene det samarbeides om, og hvor hvert samarbeid eventuelt har sin egen nemnd. Politisk koordinering av oppgavene kan sikres ved å oppnevne de samme personene til alle fire nemndene.

For begge vertskommunemodellene er det lagt vekt på å ivareta rettssikkerheten gjennom å klargjøre systemet for forvaltningsklage og lovlighetskontroll. Det er også lagt vekt på å sikre den enkelte deltakerkommunes mulighet til å påvirke og treffe avgjørelse i enkeltsaker som er delegert til vertskommunen. Den enkelte deltakerkommune kan gi vertskommunen instruks om utøvelsen av den delegerte myndigheten i saker som alene gjelder deltakerkommunen eller dennes innbyggere.

27.3.6 Forslag om ny samkommunemodell

Som nevnt sendte Kommunal- og regionaldepartementet 26. april 2010 ut et høringsnotat med forslag om å lovfeste en samkommunemodell. Det fremkommer av høringsnotatet at det i forslaget er tilstrebet å komme frem til en robust samkommunemodell som gjør det demokratisk og rettsikkerhetsmessig forsvarlig å overføre utførelsen av lovpålagte oppgaver med innslag av myndighetsutøvelse til samkommunen. Dette vil også innebære oppgaver som kan sies å være av mer prinsipiell karakter.

Vertskommunemodellen er utformet med tanke på samarbeid på ett eller noen sektorområder for å løse lovpålagte oppgaver. Samkommunemodellen er også utformet med sikte på å gjøre det forsvarlig for kommunene å løse utførelsen av kommunale kjerneoppgaver, herunder innbyggerrettet tjenesteyting og myndighetsutøvelse, i samarbeid med andre. Det er således et visst overlapp i formålet med de ulike modellene. Samkommunemodellen er imidlertid i større grad enn vertskommunemodellen, tilpasset samarbeid på et bredere og mer sektorovergripende oppgavefelt, der det i betydelig grad overføres beslutningsmyndighet til samkommunestyret fra den enkelte deltakerkommune. Modellen innebærer i stor grad at samkommunen ivaretar politisk styring, samordning og prioritering på vegne av deltakerkommunene.

Samkommunen er foreslått strukturelt oppbygd som en kommune, og kommunelovens regler vil gjelde tilsvarende så langt de passer. Kommunal- og regionaldepartementet har derfor foreslått å regulere samkommunemodellen i et eget kapittel i kommuneloven. Det er likevel ikke alle bestemmelsene i kommuneloven som er aktuelle for samkommunen. På denne bakgrunn er det foreslått å ta inn en bestemmelse om at kommuneloven skal gjelde for samkommunen, med mindre det motsatte fremgår av kommunelovens bestemmelser.

Samkommunen er et nytt interkommunalt forvaltningsorgan som får sin myndighet overført fra deltakerkommunene. Det er et krav om at deltakerkommunene må overføre samme kompetanse, både i art og omfang. Det er i høringsnotatet uttalt at det er lagt vekt på at modellen rendyrkes og at det må legges vekt på at den blir en effektiv og styringsdyktig organisasjon. Det er derfor foreslått at deltakerkommunene ikke skal ha noen form for instruksjons- eller omgjøringsrett på de lovområdene som de legger inn i samkommunesamarbeidet.

Samkommunemodellen er en frivillig samarbeidsmodell som bygger på avtale mellom deltakerkommunene. Samarbeidsavtalen skal ha et minstemål av innhold for å skape nødvendig avklaring mellom deltakerne av for eksempel hvilke fullmakter som legges til samarbeidet, hvordan organisering skal skje, sammensetning av organer, ansvarsforhold mv.

Samkommunen skal ha et felles styringsorgan (samkommunestyret) valgt av og blant kommunestyrene i deltakerkommunene (minimum tre fra hver av kommunene). Samkommunen er en egen juridisk person med de rettsvirkninger dette har. En samkommune vil dermed som eget rettssubjekt ha sivilprosessuell partsevne og kunne ha stilling som part i forhold til offentlig forvaltning, for eksempel i forhold til tinglysningsregler og i forhold til rettigheter og plikter etter forvaltningsloven, og avtaler med statlige virksomheter.

Videre vil samkommunen som eget rettssubjekt være rettslig ansvarlig for sine forpliktelser. Spørsmålet om ansvar for deltakerkommunene ved siden av samarbeidsorganets eget ansvar, vil være aktuelt hvor kreditor ikke får oppfyllelse fra en samkommune. Det fremgår av lovforslaget om samkommune at deltakeransvaret i slike tilfeller skal være pro rata. Det skal i samarbeidsavtalen fastsettes hvilken andel de ulike deltakerne hefter for av samkommunens forpliktelser.

27.4 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet om ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov foreslo ikke departementet lovpålagt plikt for kommunene om å inngå samarbeidsavtaler for å løse oppgaver etter loven. Dette var i tråd med St.meld. nr. 47 (2008-2009). Departementet valgte imidlertid å videreføre bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd om at departementet, i særlige tilfeller, kan påby samarbeid mellom kommuner. Selv om departementet ikke anså det som særlig sannsynlig at det vil oppstå et behov for å benytte seg av muligheten til å pålegge samarbeid, fordi kommunene selv vil se egeninteressen av samarbeid, mente departementet at hensynet til rettsikkerheten for pasientene og brukerne er så viktig at bestemmelsen burde videreføres.

27.5 Høringsinstansenes syn

Relativt mange av høringsinstansene har oppfatninger knyttet til temaene som reises i dette kapitlet. Kommunal- og regionaldepartementet og et flertall av kommunene ønsker, etter det departementet forstår, ikke at det skal være adgang til, selv ikke i særlige tilfeller, å pålegge samarbeid mellom kommuner. Det er gitt tydelig uttrykk for at samarbeid må baseres på frivillighet. De øvrige høringsinstansene synes derimot, i all hovedsak, å være av motsatt oppfatning og gir uttrykk for at det er viktig at samarbeid kan pålegges.

Det er også gitt uttrykk for at de modeller som i dag er aktuelle for samarbeid om lovpålagte oppgaver, og som innebærer myndighetsutøvelse, ikke er tilstrekkelig prøvd ut. Det er også hevdet at de kan ha svakheter med hensyn til demokratisk styring og kontroll. Videre er det gitt uttrykk for at selv med utstrakt interkommunalt samarbeid, vil små utkantkommuner ha utfordringer knyttet til lange avstander og dårlig kommunikasjon. Rasjonaliseringsfordeler knyttet til tettere kommunesamarbeid vil la seg realisere, men i mindre målestokk enn i større og mer sentralt beliggende kommuner.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag:

«Det foreslås fra departementet å ikke lovfeste at landets kommuner skal inngå avtalebasert samarbeid, selv om det er ønskelig. FMNT støtter dette, og viser til at det på mange områder i N-T allerede foregår utstrakt interkommunalt samarbeid, og mener at kommunene selv

vil være i stand til å vurdere nødvendigheten av dette.»

Kommunal- og regionaldepartementet:

«Implementering av ny lov vil gi mange kommuner sterke insentiver til å samarbeide. Erfaring viser at kommuner selv finner hensiktsmessige måter å samarbeide på for å løse sine oppgaver best mulig, når det er behov for det. Vi viser også til at eksisterende lovhjemler for å kunne pålegge samarbeid mellom kommuner, i praksis ikke blir benyttet. Dette tilsier etter vår oppfatning at det ikke er nødvendig å videreføre hjemler for å pålegge samarbeid mellom kommuner.»

Meråker kommune:

«Statlig pålegg om samarbeid mellom kommuner går kommunen imot. Frivillige avtaler mellom kommuner som ønsker å samarbeide vil være en mye bedre måte å løse utfordringer knyttet til folkehelsearbeid på.»

Stavanger kommune støtter forslaget om at det i utgangspunktet skal være frivillig for kommunene å inngå samarbeid, men at departementet i snevre unntakstilfeller kan påby samarbeid hvor det er risiko for at brukerne ellers ikke vil få nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon:

«FFO frykter at dagens kommunestruktur gjør det vanskelig å gjennomføre intensjonene i samhandlingsreformen. FFO mener at det kreves større enheter for å kunne bygge opp et tjenestetilbud som imøtekommer ambisjonene i reformen. Mange av FFOs brukergrupper er avhengig av at tjenestetilbudet utvikles fra et langt større pasientgrunnlag enn det mange småkommunene har. (...)

FFO mener at sentrale myndigheter er alt for optimistisk i troen på at samarbeid mellom kommunene vil skje naturlig ut fra egeninteresse. FFO ønsker et tydelig pålegg om samarbeid i lovverket. Pasientenes og brukernes behov for tjenester som krever at kommunenes samarbeider må komme foran alle andre hensyn.»

Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

«Vi mener at det bør lovfestes en plikt til interkommunalt samarbeid slik at helseforetakene

inngår fellesavtale med grupperinger av kommuner med et samlet innbyggertallet over et minimumsnivå, for eksempel 15 000.»

Forbrukerrådet:

«(...) har tidligere gitt uttrykk for en viss uro over i hvilken grad kommune-Norge, gitt struktur, for fremtiden vil være i stand til sikre og ivareta kvalitet i de tjenestene de har og nå vil få ansvaret for som følge av vedtaket av reformen.»

Kreftforeningen:

«For å oppnå at pasienter som har eller har hatt en alvorlig diagnose og som trenger oppfølging får tilbud om gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, vil det, slik Kreftforeningen ser det, flere steder være nødvendig med samarbeid mellom kommuner.(...)»

Kommuner som samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten, vil både kunne utvikle mer robuste fagmiljøer, samtidig som man vil få stordriftsfordeler i og med at det her dreier seg om kommunale sektorer som samlet belaster vesentlige deler av kommunenes økonomi.

Departementet beskriver ulike samarbeidsmodeller som kan være aktuelle. Det er fordele og ulemper med alle og det er vanskelig å anbefale den ene fremfor den andre. Uansett er vi enige med departementets vurdering om at samarbeide over kommunegrensene er helt nødvendig for å kunne realisere samhandlingsreformen og lovene og forskriftene som følger med den.»

Bergen kommune viser til gode erfaringer med vertskommunemodellen for krisesenterdrift og barnevernvakt, og gir uttrykk for at modellen representerer en hensiktsmessig måte å organisere samarbeid på innen lovbestemte oppgaver.

Næringslivets hovedorganisasjon (NHO):

«Selv om større og mer robuste kommuner ikke løser alle utfordringene i kommunesektoren, mener vi dette er et nødvendig tiltak for å sikre et godt og bærekraftig tilbud. Vi vet at det å tilby større fagmiljøer er et suksesskriterium når gjelder mulighetene for å tiltrekke seg kompetent arbeidskraft. (...)»

NHO beklager derfor at Regjeringen så langt ikke har greid å enes om viktigheten av en kommunestrukturereform, men i stedet har

tatt seg tid til å foreslå lovfesting av samkommunen som interkommunal samhandlingsløsning. NHO mener en slik modell i praksis vil fungere som et fjerde forvaltningsnivå. Etter NHOs syn gir dessuten forsøkene som er etablert begrenset kunnskap om hvorvidt samkommunen er egnet til å løse de sentrale velferdsutfordringene på dette området. Etter vår oppfatning, vil resultatet av en slik interkommunal samarbeidsmodell være økt byråkratisering med usikker effektiviseringsgevinst. Også rent demokratisk kan det argumenteres for at interkommunale løsninger er problematiske, ettersom det er vanskelig å ha oversikten over hvem som har det politiske ansvaret.»

Den norske legeforening:

«Sykehjem og legevaktstjenesten er blant de kommunale helsetjenester hvor det over tid har vist seg å være behov for særskilte tiltak for å heve kvalitet og styrke rekruttering. Dette er også tjenester hvor det er identifisert behov for større enheter som overskrider dagens kommunegrens for å kunne ivareta rekruttering, kompetanseutvikling og andre fysiske og organisatoriske rammebetingelser. Felles for de nevnte tjenester er at de er helt avgjørende for at samhandlingen i helsetjenesten skal styrkes.

Lovforslagene inneholder en mulighet til å pålegge interkommunalt samarbeid, jf. § 6-7. Denne bestemmelsen bærer preg av å være en sikkerhetsventil som sannsynligvis vil bli benyttet svært sjelden. Det er behov for både reguleringer i lov og forskrift, samt positive incentiver for samarbeid på tvers av kommunegrensene, i langt større grad enn det forslagene legger opp til.»

Landsforeningen for pårørende innen psykiatri:

«Departementet beskriver i høringsnotatet utfordringene mange av landets små kommuner har med å kunne tilby forsvarlige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne. På tross av dette legges det ikke opp til verken å pålegge kommunesammenslåing eller å pålegge kommunene å samarbeide. Presiseringen om at videreføringen av kommunehelsetjenestelovens § 1.6 «må anses som en svært snever unntaksregel, hvor det skal mye til før departementet kan pålegge et samarbeid mellom kommuner», kan vanskelig tolkes på noen annen måte enn at prinsippet om kommunens selvvråderett er viktigere enn tilbudet til kommunens inn-

byggere. LPP mener det bør kunne stilles krav om samarbeid mellom små kommuner som ikke hver for seg kan tilby tjenester på et høyt faglig nivå for alle grupper.»

27.6 Departementets vurderinger og forslag

27.6.1 Departementets vurdering av de ulike samarbeidsmodellene i lys av ny fremtidig kommunerolle

Etter lovforslaget § 3-4 første ledd har kommunen plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her. Med «tjenesteytere» menes også andre kommuner. For nærmere omtale, se punkt 12.6.5.

Departementet vurderer det slik at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten over hele landet i årene fremover skal utvikles i samsvar med fremtidens kommunerolle, vil det oppstå et behov for at det etableres omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke. Dette blir også fremhevet i St. meld. nr. 47 (2008-2009) og i Innstilling 212 S (2009-2010).

Kommuner som samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten, vil ikke bare kunne utvikle mer robuste fagmiljøer. De vil ventelig oppnå ikke ubetydelige stordriftsfordeler i og med at det her dreier seg om kommunale sektorer som samlet belaster vesentlige deler av kommunenes økonomi og budsjett.

Eventuell lovfesting av en samkommunemodell, vil være et viktig bidrag med tanke på oppfølgingen av samhandlingsreformen. Det vil gi kommunene et nyttig virkemiddel for mer omfattende kommunesamarbeid.

Vertskommunemodellen og eventuell lovfesting av samkommunemodellen synes å gi kommunene et godt alternativ når det gjelder valg av samarbeidsform for felles løsning av oppgaver som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet vurderer det slik at disse samarbeidsmodellene i mange tilfeller vil kunne være de mest hensiktsmessige måtene å møte nye fremtidige utfordringer og oppgaver innen helse- og omsorgssektoren, især for de minste kommunene. Samkommunemodellen og vertskommunemodellen er tiltenkt å kunne løse større og mer omfattende oppgaver som krever særlig fagkompetanse. Av den grunn vil departementet oppfor-

dre kommunene til å vurdere disse modellene for samarbeid.

Andre samarbeidsmodeller kan også være aktuelle, som for eksempel interkommunale selskaper. Ved samarbeid om drift av for eksempel lokalmedisinske sentra kan interkommunale selskaper være en aktuell samarbeidsform. Eksempel på dette er Fosen DMS IKS. Departementet anser det som sentralt og avgjørende at kommunene benytter seg av de samarbeidsmodellene som er tilgjengelige. Slikt samarbeid kan være nødvendig som følge av utfordringene man i fremtiden vil stå overfor, og for å sikre hensiktsmessige løsninger til det beste for pasientene og brukerne.

27.6.2 Forslag til krav om samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner

Det er avgjørende at pasientene og brukerne får tilbud om gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. For å oppnå dette er det etter departementets oppfatning viktig at kommunene samarbeider der dette er nødvendig for å få dekket pasientenes og brukernes rett til tjenester, især gjelder dette for små kommuner. Mange av dagens norske kommuner er små med et innbyggertall på under 5 000 innbyggere. Disse kommunene kan ha utfordringer med å være i stand til å tilby gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester på noen områder til sine innbyggere. I tilfeller hvor kommunen har slike problemer bør kommunen søke å inngå samarbeid med andre nærliggende kommuner.

Departementet er av den oppfatning at et slikt samarbeid i utgangspunktet bør inngås frivillig. De samarbeidsmodeller som er aktuelle for kommunene er beskrevet ovenfor under punkt 27.3. Det er opp til de kommunene som skal inngå samarbeid å velge den modellen som er best egnet for det samarbeid som tenkes inngått.

Departementet mener likevel at i de tilfeller hvor et slikt samarbeid likevel ikke inngås hvor det er påkrevet, og dette utgjør en risiko for at pasientene og brukerne ikke får de helse- og omsorgstjenester de har krav på etter loven, må departementet ha mulighet til å kunne påby et slikt samarbeid. Departementet antar imidlertid at det ikke vil være særlig aktuelt å pålegge et slikt samarbeid, fordi kommunene selv ser egen interesse av å inngå slikt samarbeid. Av hensyn til rettsikkerheten for pasientene og brukerne, vil departementet likevel foreslå å videreføre kommunehelsestjenesteloven § 1-6 første ledd, se lovforslaget § 6-6. Bestemmelsen må anses som en snever

unntaksregel, hvor det skal svært mye til før departementet kan pålegge et samarbeid mellom kommuner. Departementet vil understreke at denne hjemmelen gjelder *samarbeid mellom kommuner*, og ikke samarbeid mellom kommuner og helseforetak slik dette er omtalt i kapittel 28.

Departementet vil også foreslå å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 1-6 andre og tredje

ledd om gjensidig bistand mellom kommuner i ny helse- og omsorgstjenestelov, jf. lovforslaget § 5-3 andre og tredje ledd. Se for øvrig kapittel 24 om beredskapsarbeid hvor kommunehelsetjenesteloven § 1-6 og sosialtjenesteloven § 3-6 er nærmere omtalt.

28 Lovpålagt krav om lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak

28.1 Innledning

I gjeldende lovverk finnes en del enkeltstående bestemmelser om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Men det er ikke gitt pålegg om å drive med systematisk samarbeid eller å utarbeide avtaler om samarbeid på systemnivå. Likevel blir avtaler i stadig økende grad brukt for å regulere et mer formalisert samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Særlig har samarbeidsavtaler blitt ett av virkemidlene for å ivareta pasientens behov for et helhetlig behandlingsforløp.

Avtalene mellom kommuner og foretak er ulikt utformet. Enkelte avtaler har en ensidig fokusering på håndtering av utskrivingsklare pasienter, mens andre regulerer en rekke forhold. Avtalene etablerer gode rutiner for informasjonsoverføring, gode samarbeidsrutiner for innleggelse og utskrivning. Noen avtaler regulerer også veiledning og kompetanseoppbygging.

I dette kapitlet omtales de eksisterende avtalene, tidligere utredninger og forslag om et lovpålagt avtalesystem som skal bidra til å iverksette og understøtte samhandlingsreformen.

28.2 Tidligere utredninger og forslag

I NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt* gir Wisløffutvalget uttrykk for at det har stor verdi at kommuner og foretak utarbeider formaliserte avtaler som ivaretar samhandlingsbehovet mellom forvaltningsnivåene. Utvalget foreslår å pålegge kommuner og foretak en gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale med sikte på å oppnå mer helhetlig pasientbehandling. Wisløffutvalget fremholder at det er viktig at utarbeidelsen av avtalene skjer i en arbeidsgruppe med representanter for begge forvaltningsnivåene og at avtaler med alle kommunene i en institusjons opptaksområde er like. Utvalget påpeker også at samhandling mellom kommuner og foretak forutsetter gjensidighet og likeverdighet mellom partene.

Etter utvalgets mening bør avtalene som et minimum inneholde:

- Regulering av samarbeid på et overordnet plan og i det daglige praktiske arbeidet.
- Forpliktelser til konsekvensutredninger ved aktuelle større endringer i egen virksomhet.
- Kontaktpunkter (sted for henvendelse) mellom foretak og kommune.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) forutsetter departementet, i forbindelse med beskrivelsen av den nye fremtidige kommunerollen, at det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og nært samarbeid. Det fremgår at regjeringen i det videre arbeidet med samhandlingsreformen også vil vurdere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.

Departementet påpeker i meldingen at det ikke er mulig å utforme en endelig grensdragning i ansvarsforholdet mellom nivåene i helsetjenesten. Dessuten vil den faglige utviklingen fortsette også etter denne reformen. Forpliktende samarbeidsavtaler mellom nivåene i helsetjenesten fremheves som et sentralt verktøy for å sikre helhetlige og sammenhengene pasientforløp og tjenestetilbud. Avtalene skal ha fokus på forhold som påvirker kvaliteten på tjenestene. Departementet fremhever i meldingen at avtalene må utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunene med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunene selv settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

Helse- og omsorgskomiteen mener i Innst. 212 S (2009-2008) *Om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform* at samhandlingsutfordringene er betydelige mellom kommuner og foretak, og peker på forpliktende avtaler som et nytt virkemiddel i denne sammenheng. Komiteen mener at innføring av en ordning med kommunalt finansieringsansvar for utskrivingsklare pasienter forutsetter at det foreligger konkrete avtaler som

regulerer forholdet mellom kommuner og helseforetak. Avtalene må sikre gode prosesser knyttet til felles forståelse av kriterier for når pasienter er klare for utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Videre mener komiteen at slike avtaler på tilsvarende måte må omhandle prosesser og kriterier knyttet til innleggelse i spesialisthelsetjenesten og alternative tiltak i kommunehelsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak kan innbefatte at et lokalsykehus står for lokalbaserte tjenester som andre steder ville være naturlig å samle i et lokalmedisinsk senter. Komiteen uttrykker enighet i at det videre utredningsarbeidet må avklare hvordan myndighetene skal følge opp arbeidet.

Det fremgår av innstillingen at kommunal- og forvaltningskomiteen mener at avtaler mellom kommuner og foretak skal ha et langsiktig perspektiv.

28.3 Gjeldende rammeavtale mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet ble inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS 21. juni 2007. Formålet med rammeavtalen er at den skal understøtte inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom kommuner og regionale helseforetak og helseforetak som likeverdige parter. Videre skal den bidra til systematisk oppfølging av samhandling på nasjonalt nivå, inkludert vurdering av om rammebetingelsene for samhandling bør legges bedre til rette. Rammeavtalen er inngått for tre år.

Avtalepartene i rammeavtalen legger vekt på at det i arbeidet med de lokale samhandlingsavtalene må sikres forankring på hvert nivå, gode prosesser og arenaer for oppfølging av avtalene. Partene legger også vekt på at de lokale avtalene skal ha god forankring i ledelsen, det vil si på politisk nivå i kommunen og i styret i foretaket. Videre er det et mål at avtalen blir godt kjent i tjenestene og hos hver enkelt ansatt i helsetjenesten.

Partene i rammeavtalen mener at hovedelementene i arbeidet med avtalene lokalt bør være å:

- Ivareta likeverdighet mellom avtalepartene
- Sikre god forankring i ledelsen

- Klargjøre ansvar på administrativt nivå og på tjenesteytende nivå for utforming og iverksettning av samhandlingstiltak
- Bidra til å følge opp LEON – prinsippet
- Utvikle tiltak som bidrar til god flyt og sammenheng og som unngår tidsspill for pasienter og brukere som forflytter seg innad og mellom tjenestenivåene
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.

Helsedirektoratet har vært sekretariat for rammeavtalen, og det ble i 2007 og 2008 gjennomført en rekke tiltak og aktiviteter for å bidra til utvikling av lokale samarbeidsavtaler. Gjennom styringssignal til de regionale helseforetak og fylkesmenene i 2008 ble det stilt krav om å medvirke til at alle kommuner og helseforetak inngikk avtale om samhandling i løpet av 2009. Det ble utarbeidet en nasjonale veileder for inngåelse av avtaler. På oppdrag fra Helsedirektoratet foretok SINTEF høsten 2008 en gjennomgang av alle samarbeidsavtaler mellom foretak og kommuner. De fant at alle foretakene hadde samarbeidsavtaler med kommunene i sine nedslagsfelt innenfor somatikk og psykiatri, mens det kun forelå samarbeidsavtaler på rusområdet for halvparten av kommunene. Avtaler som var inngått hadde til en viss grad forskjeller i innhold og kommunene meldte at de ikke opplevde seg som likeverdige samarbeidspartnere.

Helsedirektoratet har også i samarbeid med partene bidratt til erfaringsutveksling om gode eksempler på samhandling, blant annet gjennom nettstedet www.helsedialog.no. Som følge av rammeavtalen er det etablert flere lokale og regionale samarbeidsstrukturer mellom kommuner og helseforetak. For å bidra til bedre dokumentasjon og kunnskapsgrunnlag, har SINTEF fått et oppdrag om å utvikle indikatorer om samhandling.

Departementet og KS har forlenget rammeavtalen i påvente av arbeidet med samhandlingsreformen. Regjeringen vil følge opp Innst. 212 S (2009-2010) hvor helse- og omsorgskomiteen anbefaler at de nasjonale avtalene mellom KS og Regjeringen videreføres. Erfaringene fra rammeavtalene vil inngå i arbeidet med å videreføre avtalene. Departementet vil ha tett kontakt med KS og de regionale helseforetakene samt konsultere bruker- og pasientorganisasjoner og de ansattes organisasjoner om hvordan avtaler kan være et strategisk og effektivt samhandlingsverktøy. I tillegg til arbeidet med de lovmessige sidene ved

avtaler som drøftes i denne proposisjonen, vil departementet forestå et opplegg for å medvirke til at de reviderte avtalene kan gjøres gjeldende fra 2012 som et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen.

28.4 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet fremholdt departementet at det i gjeldende rett finnes en god del regulering av samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Til tross for dette har både utredninger og tilsyn vist at samhandlingen mellom tjenestenivåene ikke er tilstrekkelig til å ivareta pasientenes behov for helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Dette tilsier etter departementets oppfatning at det bør tas i bruk andre virkemidler som kan støtte opp om lovgivningen på dette området. Dersom avtalebasert samarbeid pålegges i lov, vil dessuten de to virkemidlene kunne gi gjensidig understøttelse.

Departementet foreslo derfor i høringsnotatet å lovregulere samarbeidsavtaler i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov og i spesialisthelsetjenesteloven i den hensikt å understøtte gjennomføringen av samhandlingsreformen. Foruten at det ble foreslått å pålegge kommuner og foretak en lovfestet plikt til å inngå avtaler, ble det også foreslått å lovfeste visse minimumskrav til avtalene. Dessuten ble det foreslått noen bestemmelser av mer praktisk og prosessuell karakter vedrørende inngåelse av samarbeidsavtaler.

I den gjeldende og den foreslåtte helse- og omsorgstjenestelovgivning er ansvaret til kommunen og ansvaret til spesialisthelsetjenesten fastslått. Det er også fastsatt bestemmelser om hvilke funksjoner og oppgaver de respektive nivåene skal ha ansvar for. Likevel vil det eksistere overlappende ansvarsområder der det i det daglige, praktiske arbeidet kan oppstå spørsmål om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som skal tilby tiltak som en konkret pasient eller bruker har behov for, og i tilfellet hvem av dem som skal gi et tilbud. Det vil være en fordel både for pasient, bruker og tjenestene om man, ofte på grunnlag av tidligere erfaringer, blir enige om oppgavefordelingen.

Både i samhandlingsmeldingen og i høringsnotatet har departementet påpekt at prinsippet om at tjenesten skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå (riktig nivå), det såkalte LEON-prinsippet, ikke er tilstrekkelig godt fulgt opp i praksis og at det er til ulempe for pasientene. Av ulike årsaker har utførelsen av tjenesten en tendens til å bli

skjøvet oppover til spesialisthelsetjenesten i stedet for å bli utført lokalt, uten at det er begrunnet i pasientens behov eller kravet om forsvarlig tjeneste. Avtaler kan være et hensiktsmessig middel til å motvirke denne tendensen gjennom å skape en felles forståelse mellom tjenestene i det daglige arbeidet for hva de ulike tjenestene kan og skal utføre.

Det er dessuten alminnelig erkjent at den faglige definisjonen av henholdsvis primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste vil endre seg over tid, og at også den juridiske definisjonen bør være dynamisk. Den tekniske og medisinske utviklingen og utviklingen innenfor profesjonene medfører at en del tjenester som tidligere måtte utføres, eller som nå må utføres, av spesialisthelsetjenesten i fremtiden kan utføres av primærhelsetjenesten. Denne utviklingen vil lettere kunne fanges opp i avtaler om det daglige samarbeidet og de konkrete rutinene i tjenestene enn gjennom lovverket. Dersom utviklingen fanges opp gjennom avtaler, vil man ha mulighet for å vurdere konkret og fortløpende om det er forsvarlig at tjenesten utføres i den aktuelle kommunen. Nivået både med hensyn til ressurser og faglig kompetanse vil variere sterkt fra kommune til kommune, hvilket er vanskelig å ta hensyn til gjennom lovverket.

Det ble presisert i høringsnotatet at det ikke er rom for at partene avtaler seg bort fra det ansvaret som er pålagt dem i lovverket. Avtalene må inngås innenfor den rammen loven gir. Det kan avtales at den ene parten utfører oppgaver på vegne av den andre, men da flyttes ikke det overordnede sektoransvaret som det aktuelle forvaltningsnivået har overfor innbyggerne for å sørge for det aktuelle tilbudet.

En av hovedkonklusjonene som er trukket i forbindelse med samhandlingsreformen, er at pasienters behov for koordinerte tjenester ikke ivaretas godt nok. Ett av botemidlene vil være å etablere helhetlige pasientforløp gjennom samarbeid innenfor og på tvers av tjenestenivåene. I høringsnotatet ble det derfor foreslått at samarbeidet mellom kommuner og foretak skulle reguleres og beskrives i lovpålagte avtaler.

I høringsnotatet viste departementet til at tiltak som er spesielt tilpasset den lokale helse- og omsorgstjenesten kan ha særlig god effekt. Dersom det overlates til kommunen og spesialisthelsetjenesten selv å finne frem til hvordan samarbeidet bør organiseres og gjennomføres, vil løsningene ha gode muligheter for å fungere godt i den daglige driften og dermed bli fulgt opp i praksis. Det ble derfor foreslått at lovreguleringen ikke skulle gi detaljerte anvisninger om løsninger, men

støtte opp om at det inngås samarbeidsavtaler etter behov.

Departementet forutsatte i høringsnotatet at de foreslåtte samarbeidsavtalene vil få stor prinsipiell betydning for kommunens oppfyllelse av det lovpålagte ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at de i samsvar med kommunelovens system må behandles på øverste politiske nivå. Videre ble det foreslått at det innenfor spesialisthelsetjenesten bør være de regionale helseforetakene som skal sørge for at det etableres samarbeidsavtaler mellom foretakene og kommunene i helseregionen.

Departementet la til grunn at de regionale helseforetakene vil finne det hensiktsmessig å overlate til helseforetakene å forhandle frem og inngå samarbeidsavtaler på de enkelte fagområdene. Departementet foreslo at det uttrykkelig skulle fremgå av loven at de regionale helseforetakene har et slikt valg. Det er imidlertid ikke til hinder for at de regionale helseforetakene selv inngår avtale med en eller flere kommuner eller på forhånd har dialog med kommunene om strukturen på samarbeidsavtalene i helseregionen.

For å sikre at avtalene skal understøtte samhandlingsreformen i hele landet, foreslo departementet i høringsnotatet at det lovfestet et minimumskrav til avtalenes innhold. Det vil si at det ble foreslått å lovfeste hvilke samarbeidstema det skal inngås avtale om, ikke hvilke løsninger som skal velges.

Om det skal lovfestet en avgrenset avtaleperiode og en fast oppsigelsestid, eller om dette skal overlates til partene, ble det ikke tatt standpunkt til i høringsnotatet ettersom vurderingen skulle avvende høringsinstansenes uttalelser.

Fordi det er knyttet sterke nasjonale interesser til at avtalesystemet blir landsdekkende i løpet av rimelig tid, ble det foreslått i høringsnotatet at departementet skal kunne sette en frist for inngåelsen av avtaler. Av samme grunn ble det foreslått det å pålegge de regionale helseforetakene å melde fra til nasjonal helse- og omsorgsmyndigheter om avtaler som inngås. Videre ble det forelått at partene må bringe saken inn for Helsedirektoratet for meklings dersom de ikke kommer til enighet om en avtale innen fristen. Det ble imidlertid ikke foreslått at direktoratet skal kunne pålegge partene å velge en gitt løsning. Det ble heller ikke foreslått en statlig godkjenningssordning for avtalene. Blant minstekravene til avtalene ble det foreslått at de skal inneholde lokale bestemmelser om hvordan tvister om avtalens innhold skal løses.

28.5 Høringsinstansenes syn

Så godt som alle høringsinstansene gir sin tilslutning til at kommuner og foretak ved lov bør pålegges å inngå samarbeidsavtaler. *Helsedirektoratet* uttaler blant annet følgende:

«Helsedirektoratet støtter forslaget om en lovfesting av samarbeidsavtaler mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. For at avtaleinstituttet skal fungere etter intensjonen er det imidlertid avgjørende at man lykkes med å lage gode avtaler. Etter Helsedirektoratets vurdering må det etableres klare føringer på hvordan ansvar og oppgaver skal fordeles.»

Helse Vest RHF uttaler blant annet følgende:

«Det er allerede inngått avtaler og etablert samarbeidsarenaer mellom helseforetakene og kommunene i opptaksområdet. Slik kan en lovfesting synes unødvendig. På den andre siden vil en lovfesting understreke at samarbeid er en absolutt forutsetning for at mange pasienter skal få et godt tjenestetilbud og regulere partenes gjensidige ansvar for å få dette til.

Helse Vest støtter forslaget. Helse Vest vil i tillegg peke på at en mest mulig tydelig ansvarsdeling er et godt utgangspunkt for gode samarbeidsavtaler.»

Lovisenberg Diakonale sykehus AS uttaler om dette:

«Vi støtter alle tiltak som kan lette og strukturere samhandling mellom kommune og sykehus. Alle parter ikke minst pasientene vil være tjent med dette. Våre erfaringer fra Lovisenberg sykehussektor er at dette er nyttige virkemidler.»

Brukerutvalget i Helseregion Sør-Øst uttaler:

«Brukerutvalget mener at lovpålagte gjensidige avtaler er sentrale for å få til en gradvis oppbygging av aktivitet, kompetanse og kvalitet i kommunene. Samhandling mellom nivåene og inngåelse av avtaler om organisering og finansiering av tjenester vil være nøkkelen.

Brukerutvalget støtter at nivåene i helsetjenesten har felles ansvar for å samarbeide slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp. De utøvende tjenesteytternes ansvar og plikter må være så tydelig som mulig for brukerne. Der-

som pasienten ikke får oppfylt de av sine rettigheter som krever samhandling vil det være tilsynsmyndighetene som må vurdere hvilken instans som ikke har oppfylt sitt lovpålagte ansvar.»

Selv om de ikke tar standpunkt mot en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtaler, er det likevel en god del høringsinstanser som påpeker at dette kan bli en meget krevende løsning for den kommunale helse- og omsorgssektoren. De uttrykker tvil om man kan få til et likeverdig og balansert avtaleregime og om tjenesten kan bli så koordinert og sømløs som ønskelig. Begrunnelsen er at det vil være varierende størrelse og betydelig skjevhet i tyngde, kapasitet, kompetanse osv mellom avtalepartene.

Svært mange høringsinstanser påpeker at det er viktig at kommunene og foretakene, både i forbindelse med utarbeidelsen og gjennomføringen av samarbeidsavtalene, er likeverdige avtalepartar. Dette fremheves med tyngde fra kommunesektoren, men støttes også av andre høringsinstanser, som Fagforbundet og Hørselshemmedes Landsforbund. Likeverdighet påpekes som avgjørende for at man skal lykkes med samarbeidsavtalene. Det er få som peker på lovfesting av en plikt til å inngå avtaler som et virkemiddel til å oppnå likeverdighet mellom avtalepartene. Flere fremhever at dette kun beror på kultur og holdninger. Om dette uttaler KS:

«Likeverdighet mellom helseforetak og kommuner kan ikke være basert på velvilje fra staten. Det må legges inn juridiske mekanismer, eksempelvis ved tvisteløsningsordning.»

Følgende uttalelse fra *Harstad kommune* er representativ for det de aller fleste kommunene mener:

«Kommunen ser positivt på at samarbeid mellom kommune og helseforetak reguleres i form av lovpålagt avtale. Det er viktig at slike avtaler utformes med tanke på likeverdighet mellom partene. Loven bør sette rammer for omfang, oppgaver, juridiske forhold og økonomi/finansiering.»

Om hva som kan tenkes å bidra til at kommuner og foretak blir likeverdige avtalepartar, uttaler *Oslo kommune*:

«Oslo kommune har gjennom de siste årene inngått samarbeid og avtaler med både det regionale helseforetaket og helseforetakene i

regionen. Oslo har mange erfaringer med hva gode avtaler betyr for et godt samarbeid. Styrkeforholdet mellom kommune og foretak vil i seg selv ikke påvirkes av denne bestemmelsen. Vi tror imidlertid at en lovfesting av at pasient- og brukerorganisasjoner skal delta i arbeidet kan ha en positiv effekt på styrkeforholdet til pasientenes og brukernes beste.»

Det er flere høringsinstanser som peker på at pasient- og brukerorganisasjoner bør delta i arbeidet med avtalene. Det gis også bred tilslutning til at det bør utarbeides felles mal og retningslinjer for utarbeidelse av avtalene. Dels fordi dette vil være en støtte til mindre ressurssterke avtalepartar og dels fordi det vil gi mer enhetlige avtaler på landsbasis, noe som med stor sannsynlighet vil sikre større grad av likebehandling av pasienter og brukere. *Helse Sør-Øst RHF* uttaler følgende om dette og om minimumskrav til avtalene:

«Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget om innføring av minimumskrav til avtalens innhold, og ser det også som positivt at det legges opp til utarbeidelse av standardavtaler. (...)

Det bør, etter vår mening, være et lovkrav at det på alle nivå av avtaleinngåelse sikres brukerrepresentasjon/medvirkning i arbeidet. Vi foreslår derfor at brukerutvalget skal være representert ved avtaleinngåelse på overordnet strategisk nivå, jf. de 13 punktene om brukermedvirkning i Helse Sør-Øst RHF, og at brukerne er representert i alle typer samarbeidsutvalg og nettverk.»

Mange av kommunene er, foruten å være opptatt av behovet for likeverdige avtalepartar, også opptatt av avtalenes rettslige status. En god del ser dette i sammenheng med et forslag om et eget, nasjonalt tvisteløsningsorgan. Mange kommuner ønsker et slikt organ. De peker på at et nasjonalt tvisteløsningsorgan vil sikre kompetanse i tvistløsningen og at avgjørelsene faktisk etterleves. Det fremheves også at løsningene får bedre presensvirkninger når organet er nasjonalt enn når det er lokalt, og at det vil føre til mer enhetlige avtaler og sikre større grad av likebehandling av pasienter og brukere. Det foreslås at tvisteløsningsorganet skal settes sammen med like mange representanter fra kommunene og staten og at det skal ha en leder fra kommunesektoren. Organet skal kunne tolke inngåtte avtaler, ta standpunkt i tvister om hvorvidt pasienter er utskrivningsklare og i uenighet om ansvarsdeling mellom kommuner og foretak.

Stavanger kommune uttaler:

«Stavanger kommune ber departementet vurdere om det bør innføres en godkjenning av avtalene. Dette vil kunne bidra til å demme opp for ubalanse i maktforhold mellom partene, og sikre kvaliteten på avtalenes innhold. Kommunen ber også departementet vurdere om det bør opprettes et nasjonalt tvisteløsningsorgan. Dette for å sikre større grad av enhetlig praksis.»

Fylkesmannen i Østfold uttaler:

«Det understrekes videre viktigheten av kjennskap til lokale forhold i utforming av avtalene. Til tross for dette tas det i høringsnotatet til orde for at det er Helsedirektoratet sentralt som skal ha rollen som mekler i de tilfeller der en kommune og et helseforetak ikke blir enige om en samarbeidsavtale. Etter vår vurdering vil det, ut fra lokalkunnskap og rolle, være naturlig at Fylkesmannen tillegges en slik rolle. Det vil i så fall være tilsvarende den rolle Fylkesmannen ble tillagt i forbindelse med Nav-reformen (ved etablering av lokale partnerskapsavtaler ifm. etablering av lokale nav-kontor).»

Fagforbundet uttaler:

«Vi mener den lovpålagte plikten til å samarbeide og inngå avtaler mellom kommunene og helseforetakene, som foreslås, er en nødvendighet for å realisere reformens intensjoner, og vil også kunne bidra til å styrke offentlige tjenester. Det er imidlertid viktig at dette skjer på en måte som ikke skaper nytt, unødig byråkrati. Den usikkerhet som kommer til uttrykk med hensyn til hvilke oppgaver dette kan omfatte tilsier imidlertid at det er nødvendig å følge opp kommunene i forbindelse med avtaleforhandlingene, også for å ivareta prinsippet om likeverdighet mellom partene og hensynet til et likeverdig tjenestetilbud.

Ved uenighet om forståelsen av avtalene forslås det at partene skal avtale hvordan tvister skal løses. Vi mener imidlertid at et felles tvisteorgan er en bedre løsning, og at dette vil sikre større kontinuitet og likebehandling av de spørsmål slike tvister reiser.»

Horten kommune uttaler:

«Horten kommune ønsker en overordnet nasjonal håndtering av klager og konflikter

med Fylkesmannen som meklingsinstans og første klageinstans og Helsedirektoratet som endelig instans for å få et mest mulig enhetlig nasjonalt helse- og omsorgstilbud uavhengig av bosted.»

Pasient og brukerombudene uttaler:

«Vi finner at § 6-5 i forslaget, om mekling, står i kontrast til den vekt som ellers er lagt på det kommunale selvstyret i høringsnotatet. I forslaget er det et statlig organ som er gitt meklingsmyndighet. For å skape balanse bør det etableres et eget meklingsorgan, for eksempel sammensatt av medlemmer fra Helsedirektoratet og Kommunenes sentralforbund.»

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF v/Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin mener følgende:

«Det er svært positivt at departementet i høringsnotatet har fokus på likeverd og likebehandling i forhold til inngåelse av avtaler. Det er grunn til å tro at mange kommuner ikke per i dag ikke opplever at de stiller på like fot med verken helseforetak eller regionale helseforetak. For å sikre kvalitet på avtalene og at de dekker minstekravene vil NST oppfordre departementet til å utarbeide forslag til standard avtaler og veiledere, gjerne kombinert med at man gjennomfører kurs eller lignende i forbindelse med at loven vedtas. Vi tror også det er riktig at Helsedirektoratet gis en mulighet til kontroll både med at avtale blir inngått og med innholdet i avtalene gjennom frister og innsending av avtaler. Det er imidlertid viktig at bruk av standarder og sentral kontroll med avtalene ikke går ut over avtalenes fleksibilitet og muligheter for tilpassing til lokale forhold. Det kan være en viss fare for at standardavtaler fører til at det å inngå avtale blir en pliktøvelse for kommunene, dersom en ikke er seg dette bevisst. Dette vil i så fall ikke være i tråd med verken lovens eller samhandlingsreformens intensjoner.»

Flere høringsinstanser påpeker at det er viktig at kommuner og foretak samarbeider om forbyggende tjenester og at dette må være blant de tjenestene som loven krever at det skal inngås avtaler om.

Av de få som uttaler seg om avtalenes varighet og spørsmålet om oppsigelse, mener de fleste at avtalene bør være uoppsigelige, mens andre

mener de bør være en valgperiode. De fleste som uttaler seg om oppsigelsestid påpeker at den bør være relativt lang og går for et år.

28.6 Departementets vurderinger og forslag

28.6.1 Lovfesting av samarbeidsavtaler

Blant de som har behov for helse- og omsorgstjenester, vil det være mange som har behov for et sammensatt tilbud av deltjenester. De trenger for eksempel først undersøkelse og behandling på sykehus, deretter opptrening og hjelp i hjemmet. Det vil si at de trenger et behandlingsforløp med deltjenester fra flere tjenesteytere. I en slik situasjon er det ofte ikke tilstrekkelig at tjenesteyterne yter gode helse- og omsorgstjenester innenfor hvert sitt fagområde. Skal pasienten få oppfylt sitt behov på en forsvarlig og tilfredsstillende måte, kan det bli nødvendig å koordinere deltjenestene gjennom samhandling mellom tjenesteyterne. Dette stiller krav til helse- og omsorgstjenestene og mest krevende synes det å være når samhandlingen må skje på tvers av forvaltningsnivåene mellom kommunen og et helseforetak. I mange tilfeller blir behandlingsresultatet dårligere og pasienten får ikke den helsegevinsten som en tilstrekkelig koordinert helse- og omsorgstjeneste kunne gitt. Manglende samhandling og koordinering av helse- og omsorgstjenester kan også føre til gjeninnleggelser og økt behov for tjenester i hjemmet senere. Det vil si at den samlede helse- og omsorgstjenesten ikke blir så effektiv som den burde være. Dette påfører pasientene unødige byrder og er dårlig offentlig ressursforvaltning. Et av de viktige målene i samhandlingsreformen er derfor å få til tilstrekkelig samhandling om å gjennomføre gode pasientforløp.

I de gjeldende helselovene er det gitt bestemmelser som har som målsetting å fremme samhandling innenfor helse- og omsorgstjenesten, både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene. Det finnes både direkte pålegg om samhandling og bestemmelser som pålegger tiltak som skal føre til samhandling og koordinerte tjenester. Påleggene retter seg både mot systemene og direkte mot individer i systemene. Som eksempel kan nevnes at kommunehelsetjenesteloven § 1-4 fjerde ledd pålegger kommunen å samarbeide med blant annet regionale helseforetak slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet. Når det gjennom utredninger og tilsyn påvises at helse- og omsorgstjenestene, både mellom tjenestenivåene og innad i tjenestene,

ikke samhandler i tilstrekkelig grad, tilsier det at lovgivning ikke har fungert som forventet.

Noen høringsinstanser mener at lovpålagte avtaler vil medføre unødvendig byråkrati, og at kommuner og foretak ikke bør bruke tid og ressurser på å forhandle og inngå slike avtaler. Utgangspunktet bør imidlertid være at kommuner og foretak er tjent med å bruke ressurser på å planlegge og gjennomføre nødvendig samhandling for å kunne oppfylle pasienters og brukeres behov for helhetlige helse- og omsorgstjenester. De som allerede har etablert et godt og tilstrekkelig samarbeid, vil antagelig ikke trenge mye tid og ressurser på å formalisere det i en avtale. Fordelen vil være at formaliserte avtaler synliggjør samarbeidet for flere enn de som involvert i arbeidet til daglig. For kommuner og foretak som ikke oppfyller pasienters og brukeres behov for samhandling, vil en prosess med å inngå avtaler rette oppmerksomheten mot pasienters og brukeres behov. Samarbeider de på forhånd dårlig, vil kravet om avtale bidra til en dialog der uenighet og enighet må konkretiseres. Det kan medvirke til bedre forståelse og bedre samarbeid. Selv om det viser seg at dette tar mye tid, kan det være vel anvendt tid sett fra pasienters og brukeres side.

Departementet mener at lovpålagte samarbeidsavtaler er et egnet virkemiddel for å oppnå samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for å kunne tilby pasienter og brukere koordinerte tjenester og helhetlige pasientforløp når de har behov for det.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) og i høringsnotatet ble slike avtaler beskrevet som et egnet virkemiddel til å endre helse- og omsorgstjenesten til det bedre for pasienten og ved det bidra til et mer bærekraftig samfunn også i andre sammenhenger. Det er et etablert prinsipp innenfor helsetjenesten at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Det vil i praksis si at dersom allmennlegetjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal fastlegen ikke henvise vedkommende til spesialisthelsetjenesten. Normalt vil en pasient spare både tid og krefter på å motta helsehjelpen fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten fremfor fra spesialisthelsetjenesten på grunn av kortere ventetid og kortere reise. For samfunnet vil det normalt påløpe lavere kostnader når helsehjelpen kan ytes av kommunehelsetjenesten.

Det kan skyldes flere forhold at spesialisthelsetjenesten yter helsehjelp i situasjoner og til pasienter som hadde vært godt eller bedre hjulpet gjennom å motta helsehjelpen fra kommunehelsetjenesten. Det kan være historisk betinget uten

at det kan begrunnes i pasientenes behov. Det kan skyldes at en ikke uvesentlig andel av pasientene «for sikkerhets skyld» legges inn i spesialisthelsetjenesten for øyeblikkelig hjelp gjennom de pre-hospitale tjenestene, uten at kommunehelsetenesten først har vært vurdert som et alternativ. Kommunehelsetenesten er kanskje ikke tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet eller mangler et aktuelt, alternativt tilbud. Årsaken kan videre være at enkelte kommuner ikke har den kompetansen som kreves for å utføre oppgaven.

Utviklingen innenfor medisinsk kunnskap, teknologi og de ulike helseprofesjonene går fort. På mange områder der det er utviklet nye og enklere metoder som krever mindre kompetanse eller utstyr, fører utviklingen til at tjenester som tidligere måtte utføres innenfor spesialisthelsetjenesten, nå kan utføres av primærhelsetjenesten. En slik utvikling vil antagelig fortsette fremover.

Uansett årsaken til at det ytes tjenester i spesialisthelsetjenesten som kunne vært ytt av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, forutsetter den nye kommunerollen at utviklingen snus slik at kommunene i fremtiden skal yte tjenestene når primærhelsetjenesten er riktig tjenestenivå. Dette medfører at kommunene på sikt vil kunne få nye oppgaver ved å overta egnede oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Dersom kommunen og foretaket har avtalt og etablert et system for nært samarbeid og dialog i den daglige virksomheten, vil det være langt lettere å fange opp situasjonen og sørge for å gjennomføre LEON-prinsippet.

Det vil være en klar forutsetning for enhver overføring av oppgaver eller aktiviteter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene at overføringen er faglig forsvarlig. Selv om avtalepartene er enige om at visse tiltak overfor en pasientgruppe egentlig er en kommunal oppgave som spesialisthelsetjenesten yter, er ikke det tilstrekkelig til at kommunen kan overta oppgaven. Dersom kommunen mangler nødvendig utstyr eller faglig kompetanse og ressurser til å utføre tiltaket, må spesialisthelsetjenesten fortsette å utføre det inntil kommunen har fått de nødvendige ressurser til at det er forsvarlig å overføre pasientene. I forsvarlighetsvurderingen er det viktig at det etableres et nært samarbeid mellom personer med allmennkompetanse og spesialistkompetanse. Vurderingene må foretas konkret i den enkelte kommune, blant annet på grunnlag av den helse- og omsorgsfaglige kompetansen kommunen besitter. Denne kompetansen vil variere, avhengig av kommunens størrelse og andre lokale forhold. Departementet mener derfor at foretakene gjennom de lovpålagte

avtalene må forpliktes til å bistå kommunene med faglig kompetanse og kunnskapsoverføring.

Både gjeldende kommunehelsetjenestelov og spesialisthelsetjenestelov har bestemmelser som plasserer ansvaret for å løse oppgavene innen helsetjenesten på de respektive nivåene. I ansvars- og oppgavebestemmelsene i forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kommer kommunenes ansvar tydeligere frem ved at det pålegges et helhetlig ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester. Lovbestemmelser er imidlertid oftest generelle og abstrakte i sin form. Det gjelder også innenfor helselovgivningen. I en konkret situasjon vil det derfor ikke alltid være mulig å finne svar direkte i loven på spørsmålet om hvem som har ansvaret for en pasient. Når kommuner og foretak skal samarbeide om å planlegge samhandling, planlegge forløp og søke å gjennomføre LEON-prinsippet, må den lovfestede ansvarsfordelingen ligge til grunn for avtalen. I den grad det oppstår tolkningstvil i forhold til om det er kommunen eller foretaket som skal gi tilbud om en konkret tjeneste eller deltjeneste til en gitt gruppe pasienter, er det viktig at partene i forbindelse med avtaleinngåelsene arbeider med å etablere en felles forståelse av eventuelle tilsynelatende overlappende ansvarsområder eller tolkningstvil når det gjelder ansvarsfordelingen.

Enighet om ansvar kan ikke sette loven til side. Partene kan ikke avtale en annen ansvarsfordeling enn den som fremkommer av lovgivningen. Det vil ikke være rom for at partene avtaler seg bort fra det ansvaret som er pålagt dem i loven. Det er kun i tilfeller der det er allmenn faglig enighet om at en problemstilling er uregulert, eller at det er tolkningstvil, at det kan være aktuelt å avtale en løsning på et rettslig spørsmål. Det kan for eksempel ikke avtales at en kommune skal ha det overordnede ansvaret for å sørge for oppgaver som spesialisthelsetjenesteloven legger til foretakene. Partene kan derfor for eksempel ikke avtale at kommunen skal ha ansvaret for å sørge for radiologiske tjenester. Selv om de avtaler at kommunen i tilknytning til en konkret tjeneste også skal yte radiologiske tjenester, vil likevel det regionale foretaket ha det overordnede ansvaret for at innbyggerne i helseregionen får et samlet tilbud om nødvendig radiologiske tjenester. Derimot kan partene avtale at de utfører tjenester for hverandre, men da uten at det overordnede ansvaret endres.

I høringsnotatet ble det foreslått å pålegge kommunene og spesialisthelsetjenesten å inngå samarbeidsavtaler. Prinsippet om lovfesting av plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kom-

muner og foretak har fått allmenn tilslutning i høringen. Departementet foreslår på denne bakgrunn å fastsette plikt for kommuner og foretak til å inngå lokale samarbeidsavtaler i lovforslaget § 6-1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

28.6.2 Partsforhold i samarbeidsavtalene

Mange av høringsinstansene er opptatt av hvem som skal ha ansvar for, og være part i, de samarbeidsavtalene som foreslås lovpålagt. En del instanser uttaler at kommuner bør inngå avtale med helseforetak, ikke med regionale helseforetak.

Departementet forutsetter at samarbeidsavtalene kan få stor betydning for hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten utvikles fremover. Skal det skje, må man få til gode avtaler som genererer gode samarbeidsforhold til beste for pasienter og brukere. Derfor må ansvaret for at det inngås slike avtaler forankres på høyt politisk og administrativt nivå i virksomheten.

Samarbeidsavtalene vil være av både praktisk og prinsipiell betydning for kommunens oppfyllelse av det lovpålagte ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ansvaret for at det lovpålagte ansvaret for å inngå samarbeidsavtaler oppfylles, bør derfor legges på øverste politiske nivå i kommunen, hos kommunestyret, slik at politikerne blir orientert om og engasjert i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Dette foreslås i lovforslaget § 6-1. Det nivået i virksomheten som best vet hva slags samarbeid som må til for å få til gode forløp og god samhandling med spesialisthelsetjenesten, vil antagelig være det nivået som har den daglige kontakten med pasienter og brukere og som ser deres konkrete behov. Forslaget om å legge ansvaret for å vedta avtalene på kommunestyret, er ikke til hinder for at kommunestyret overlater til administrasjonen å utarbeide og fornye avtalene.

På samme måte bør det øverste ansvaret for å sørge for at det etableres et godt samarbeid med kommunene, forankres i styret og den øverste administrasjonen i foretakene. Departementet forutsetter at de lovpålagte avtalene med kommunene kan få vesentlig betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten fremover. De regionale helseforetakene er lovpålagt det overordnede ansvaret for å planlegge, organisere, kontrollere og føre tilsyn med den strukturelle utviklingen av spesialisthelsetjenesten innenfor sin helseregion. Derfor bør ansvaret for å sørge for at det etableres et hensiktsmessig og tilstrekkelig totalt opplegg

av samarbeidsavtaler med kommunene i helseregionen ligge på det regionale helseforetaket. Departementet forutsetter imidlertid at de regionale helseforetakene vil finne det hensiktsmessig å overlate til det enkelte helseforetak å inngå og vedlikeholde avtaler med de aktuelle kommunene, for eksempel kommunene i helseforetakets opptaksområde. Departementet foreslår at denne muligheten fremgår uttrykkelig av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd. Forslaget er ikke til hinder for at de regionale helseforetakene i enkelttilfeller inngår avtale med en eller flere kommuner eller på forhånd har dialog med kommunene om strukturen på samarbeidsavtalene i helseregionen. Departementet antar at et regionalt helseforetak også må kunne overlate til en privat virksomhet i spesialisthelsetjenesten å inngå avtale med en eller flere kommuner på vegne av det regionale helseforetaket. Dersom et privat sykehus inngår avtale med en kommune, uten først å ha avtalt dette med det regionale helseforetaket, vil avtalen derimot kun binde kommunen og det private sykehuset. Avtalen vil ikke ha noen rettslige betydning for forholdet mellom kommunen og det regionale helseforetaket.

Som nevnt under punkt 28.5 er mange av høringsinstansene opptatt av at avtalene må inngås mellom likeverdige parter. Dersom to eller flere kommuner inngår i et interkommunalt samarbeid og det interkommunale tiltaket inngår avtale med foretaket, vil det gi kommunene styrke som avtaleparter. Om det skal inngås en felles avtale mellom flere kommuner og ett foretak eller om foretaket skal inngå flere likelydende avtaler med de samarbeidende kommunene, må avtalepartene selv finne ut av.

28.6.3 Lovfesting av krav til samarbeidsavtalenes innhold

Det er inngått avtaler mellom helseforetakene og kommunene på grunnlag av den nasjonale rammeavtalen om samhandling på helse- og omsorgsområdet som er inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Det forutsettes at de foreslåtte lovpålagte avtalene skal bygge videre på disse avtalene. Dessuten skal Helsedirektoratet i samarbeid med KS utarbeide et veiledningsopplegg, herunder standardavtaler og maler til samarbeidsavtaler. Dette vil antakelig føre til at avtalene over hele landet blir relativt like.

De høringsinstanser som uttaler seg om dette, er opptatt av at det ikke bør bli for store forskjeller i innholdet i avtalene. Dette fordi de ser en fare for at vesentlig ulikhet i avtalene kan føre til at pasien-

tene behandles ulikt og at avtalene ikke oppfyller sin hensikt. Mange av høringsinstansene støtter derfor både at det utarbeides nasjonale maler for avtalene og at det, som foreslått i høringsnotatet, lovfestes minimumskrav til avtalenes innhold.

Departementet mener at det er nødvendig å lovfeste noen krav til avtalene for å sikre at de understøtter samhandlingsreformen som forutsett. Det foreslås ikke detaljerte krav til avtalens innhold, men krav av mer generell karakter om at det avtales tiltak på områder som departementet mener det er viktig at partene samarbeider om. Når det gjelder løsningene på mer detaljert nivå, er det viktig at partene selv finner lokale løsninger til det beste for pasientene. Lovens minimumskrav er ikke til hinder for gode praktiske løsninger på konkrete samhandlingsutfordringer.

Dersom ansvaret for å strukturere samhandlingen overlates til kommunene og foretakene selv, vil det antakelig være lettere å etablere løsninger som fungerer godt i den daglige driften og som dermed blir fulgt opp i praksis. Hvor omfattende det avtalte samarbeidet bør være, og hvordan det bør organiseres og gjennomføres, vil variere lokalt. Departementet mener derfor at kommunene og foretakene selv bør ta ansvaret for å sørge for god samhandling gjennom avtalebasert samarbeid som binder sektorene sammen til en mer helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Systematisk samarbeid om helhetlige pasientforløp, kompetansebygging og informasjonsdeling om de ulike nivåenes ansvar og oppgaver er viktig i dette arbeidet for å skape respekt for de ulike rollene og oppgavene. Det må bygges en god kultur for åpenhet og dialog mellom nivåene utover hva som er mulig å definere i lovverket.

Først og fremst er det viktig at avtalene blir et verktøy til samarbeid. Derfor må partene som et minimum avtale rammene for samarbeidet på kort og lang sikt, hvordan samarbeidet skal fungere i det daglige, hvilke møtarenaer som skal etableres, hvilke virksomhetsområder som skal samarbeide, hva de skal samarbeide om, hvem som er kontaktperson innenfor de ulike virksomhetsområdene, for eksempel på henholdsvis administrativt nivå og tjenestenivå, osv.

Om det skal utarbeides én altomfattende avtale eller én overordnet rammeavtale og flere avtaler på ulike virksomhetsområder og nivåer, må vurderes og avgjøres lokalt.

Faglig samarbeid om IKT-løsninger og utviklingen av IKT-systemer lokalt er av avgjørende betydning for å få til et godt samarbeid. Tiltak for økt kompetanseutvikling, samt utdanning og personell, er viktig for å sikre samhandling og koor-

dinerte og kunnskapsbaserte tjenester av høy kvalitet. Avtalene bør derfor omfatte IKT-systemer, kompetanseutvikling og utdanning. Forskning er også et tiltak som partene skal drøfte og ta inn i avtalene.

Det vil være hensiktsmessig at partene i forbindelse med avtaleinngåelsen arbeider med å etablere en felles forståelse for hverandres ansvar og oppgaver, og dermed avdekker eventuell uenighet, misforståelser og eventuelle ulike oppfatninger eller tolkningstvil når det gjelder oppgavefordelingen.

I avtalene skal det inngå et eget punkt som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene. På den måten oppfordres partene til å se øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng, og bli enige om løsninger som er hensiktsmessige både for kommunene, helseforetakene, og ikke minst pasientene. Samtidig unngår man at det opparbeides en dobbeltkapasitet.

Dersom kommuner og foretak som har etablert et nært avtalebasert samarbeid i den daglige virksomheten, ser det som aktuelt at kommunen overtar tilbud til pasienter og brukere som kun sykehus tilbyr i dag, er det viktig at foretakene har forpliktet seg til å bistå kommunen med faglig kompetanse og kunnskapsoverføring. Som omtalt foran under punkt 28.6.1, foreslår departementet at spesialisthelsetjenesten må forplikte seg til å overføre kompetanse til kommunene gjennom avtalene. Denne plikten bør være gjensidig.

For å møte fremtidens helse- og omsorgsutfordringer, sikre bedre koordinerte tjenester og større innsats for å forebygge og begrense sykdomsutviklingen, er det behov for langsiktig planlegging og utvikling av både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsavtaler kan legge til rette for at det utvikles felles kompetanse- og fagutviklingsplaner og kunnskapsoppbygging som generelt understøtter reformen. Likeledes bør avtalene omfatte forebyggende tiltak.

Dersom kommuner og foretak etablerer et samarbeid som skal legge til rette for alternative tiltak til innleggelse av pasienter i sykehus, for eksempel med kommunale senger for observasjon og behandling, vil det også være behov for et samarbeid om kriterier for når det ikke er nødvendig med sykehusinnleggelse, det vil si når det er forsvarlig at pasienten tas hånd om av kommunehelsetjenesten. Disse kriteriene vil være avhengige av hva slags tilbud som etableres i den aktuelle kommunen, hvilken kompetanse og ressurser for øvrig som finnes der. Kriteriene må utarbeides i et avtalebasert faglig samarbeid lokalt. Departe-

mentet mener at partene må avtale retningslinjer med slike kriterier.

Det er et grunnleggende prinsipp at hele befolkningen skal ha tillit til at de får kompetent hjelp når de trenger det i akutte situasjoner. For å sikre et helhetlig og likeverdig tilbud, må kommuner og helseforetak samarbeide om utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene slik at tilbudet samlet sett blir tilgjengelig nok og av god kvalitet. Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak bør ivareta dette. Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus stiller krav om at man i organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legge til rette for at personellet får trening i samhandling. Slik trening i samhandling bør inngå i samarbeidsavtalene.

For å legge til rette for at avtalene som inngås mellom kommuner og foretak skal få et felles grunnlag, og for å sikre at avtalene skal bli det tenkte verktøyet for gjennomføring av samhandlingsreformen, foreslår departementet at det lovfestes minimumskrav om hva som skal inngå i avtalene og at man overlater til partene på frivillig basis å ta inn det de måtte ønske i tillegg, jf. lovforslaget § 6-2.

28.6.4 Organisering av samarbeid mellom kommuner og foretak – delt eierskap

Det må avgjøres lokalt om oppgavene som kommuner og foretak samarbeider om, eventuelt ved overføring til kommunalt nivå, skal utføres innenfor kommunens allerede eksisterende organisasjon med avtalt faglig støtte og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, eller om det skal etableres nye institusjonelle løsninger eller organisatoriske tiltak som kommunene og foretaket samarbeider om. Den praktiske løsningen av oppgavene må være fleksibel, effektiv og tilpasses de lokale forhold og behov til pasientenes og brukernes beste.

Dersom det er ønskelig å benytte institusjonelle tiltak, finnes det mange eksempler på hvordan dette kan gjøres. Det kan opprettes kommunale team eller kompetansesentre, lavterskeltilbud, tverrfaglige ambulante team, brukerstyrte døgnplasser, forsterkede sykehjemsavdelinger, distriktsmedisinske sentre, osv. Erfaringer med samarbeid mellom kommuner og foretak synes å vise at samlokalisering av tjenestene er viktig for å lykkes. Det bør derfor i det avtalebaserte samarbeidet vurderes om de fremtidige tilbudene skal

samles i egne virksomheter, for eksempel som lokalmedisinske sentre, som forankres i en eller flere kommuner som inngår avtalebasert samarbeid med ett eller flere foretak.

Kommuner og foretak som samarbeider om å yte helse- og omsorgstjenester, kan ha ønske om at samarbeidstiltakene skal etableres som særskilte virksomheter og at kommunen/e og foretak skal eie denne særskilte virksomheten sammen. De aktuelle samarbeidsformene omtales nærmere i kapittel 27.

28.6.5 Frist for å inngå samarbeidsavtaler og innsending av avtaler

Fordi det er knyttet sterke nasjonale interesser til at avtalesystemet blir landsdekkende i løpet av rimelig tid, ble det foreslått i høringsnotatet at departementet skal kunne sette en frist for inngåelsen. Av samme grunn, og for å få en landsomfattende oversikt over inngåtte avtaler, ble det foreslått å pålegge de regionale helseforetakene å melde fra til Helsedirektoratet om avtaler som er inngått. Det er få høringsinstanser som har uttalt seg om disse forslagene. Departementet opprettholder derfor forslaget om frist til å inngå avtaler og krav om innsending av avtaler til Helsedirektoratet i lovforslaget §§ 6-3 og 6-4.

Det er mange interesser som skal ivaretas ved inngåelse og gjennomføring av de samarbeidsavtalene som det foreslås at kommuner og foretak skal pålegges å inngå. Mange høringsinstanser har påpekt at dette kan bli krevende for partene, selv om det kun stilles minimumskrav til avtalenes innhold. Interesser av samfunnsmessig og helse- og omsorgsfaglig karakter må vektlegges i forhandlingene mellom kommuner og foretak. Ikke minst kan problemstillinger vedrørende de ansattes interesser være krevende. Dersom kommuner og foretak foretar samlokalisering av både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, for eksempel i lokalmedisinske sentre eller i legevakt eller akuttmottak, er det blant annet nødvendig å inngå klare avtaler om hvem som har arbeidsgiveransvaret for de ansatte. Bli prosessen med inngåelse av lovfestet avtale for krevende, er det risiko for at den tar lang tid og at gjennomføringen av viktige deler av samhandlingsreformen blir forsinket. Det foreslås derfor at departementet skal kunne stille ulik frist for når de forskjellige minimumskravene i § 6-2 skal være oppfylt i avtalene, jf. lovforslaget § 6-3.

28.6.6 Avtaleperiode og oppsigelse av samarbeidsavtaler

Departementet vurderte i høringsnotatet om det er hensiktsmessig å fastsette en avtaleperiode på for eksempel fire år, eller om avtalene bør være tidsubegrenset. Få uttalte seg om dette i høringsnotatet, men noen høringsinstanser mente at dersom avtalen er tidsubegrenset, unngår man å bruke ressurser på fornyelse av avtaler som partene er fornøyd med. I og med at avtalene foreslås å være lovpålagte, vil det ikke være aktuelt å si opp en avtale for å fortsette uten avtale.

Strukturelle endringer kan imidlertid medføre at partsforholdene må endres. Departementet foreslår derfor at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, jf. lovforslaget § 6-6. Dette forslaget fikk støtte av de aller fleste av de høringsinstansene som uttalte seg om dette spørsmålet.

28.6.7 Håndtering av uenighet mellom avtalepartene

Det kan tenkes å oppstå uenighet mellom avtalepartene både før og etter at avtale er inngått. Det kan oppstå uenighet om utarbeidelsen av samarbeidsavtalen og senere om hvordan avtalen skal forstås. I og med at det foreslås at avtalene skal være obligatoriske, er det nødvendig å komme frem til en ordning for håndtering av uenighet mellom avtalepartene.

I høringsnotatet ble det derfor foreslått løsninger for hvordan eventuell uenighet skal håndteres. Det ble foreslått ulike løsninger avhengig av om avtale er inngått eller ikke. Dersom partene ikke klarer å komme til enighet om inngåelse av en avtale, ble det foreslått at partene skal bringe saken inn for Helsedirektoratet for meklingsordning. Det ble ikke foreslått at direktoratet kunne pålegge partene en løsning. Ved senere uenighet om forståelsen av en inngått avtale, ble det i høringsnotatet foreslått at avtalepartene selv kunne bli enige om en ordning som en del av avtalen. Det ble overlatt til partene selv å bestemme om de ville ha en meklingsordning eller en ordning der et tvisteløsningsorgan avgjør uenigheten og bestemmer hvordan avtalen er å forstås.

Mange av høringsinstansene var uenig i disse forslagene. Håndtering av uenighet er det temaet som har fått mest oppmerksomhet i høringsnotatet når det gjelder avtaleordningen. Svært mange høringsinstanser påpekte at det er viktig at kommuner og foretak, både i forbindelse med utarbeidelsen og gjennomføringen av samarbeidsavta-

lene, er likeverdige avtaleparter. Dette fremheves sterkt fra kommunesektoren, men støttes også av andre høringsinstanser. Likeverdighet påpekes som avgjørende for at man skal lykkes med samarbeidsavtalene. For å få til likeverdighet vil KS og kommunene ha en ordning med et eget, nasjonalt organ med like mange representanter fra kommunene og staten, og leder fra kommunesiden. Høringsinstansene mener at det nasjonale organet skal ta standpunkt til tolkning av inngåtte avtaler, ta standpunkt i tvister om utskrivningsklare pasienter og i tvister om ansvarsdeling mellom kommuner og foretak. KS mener at et nasjonalt organ vil sikre kompetanse i håndteringen av uenighet, likhet i løsningene og bedre presedensvirkninger enn lokale løsninger. Videre at det nasjonale organets legitimitet vil gjøre at løsningene organet går inn for, vil etterleves. KS og kommunene viser til at den modellen som er brukt innen barnevern, kan danne utgangspunkt for en tilsvarende modell innen helse- og omsorgssektoren.

Avtalene er et viktig virkemiddel for å understøtte samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er derfor nødvendig å legge til rette for at avtalene kommer på plass og at de fungerer godt. Dessuten er det viktig å unngå at det gjennom avtalene utvikles ubegrunnede forskjeller innenfor helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av høringsinstansenes argumentasjon, har departementet kommet til at det bør etableres en ordning med et eget, nasjonalt organ som håndterer uenighet mellom avtalepartene. Dette for blant annet å sikre likeverdighet mellom avtalepartene og mest mulig like løsninger.

Gjennom konsultasjonsordningen mellom KS og Regjeringen har KS og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet inngått samarbeidsavtale om utvikling av barnevernområdet. Avtalen har blant annet som målsetting å legge et godt grunnlag for bedre samarbeid mellom stat og kommune og utvikling av et helhetlig tjenestetilbud for utsatte barn og unge. Partene skal i fellesskap bidra til at samhandlingen i oppgaveløsningen mellom forvaltningsnivåene i barnevernet styrkes.

I samhandlingen mellom det statlige og det kommunale barnevernet kan det oppstå uenighet om finansieringsansvaret. For å unngå ressurskrevende og langvarige prosesser, samt å sikre forsvarlig behandling av sakene, opprettet KS og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet fra 1. januar 2010 «Barnevernets tvisteløsningsnemnd». Tvisteløsningsnemndas virkeområde vil typisk være uenighet om hvilken lov et tiltak hører under. Det vil si gråsonesaker som kjenne-

tegnes ved at det er uenighet om ansvars- og utgiftsfordelingen. Det kan være uenighet om sakene skal finansieres etter barnevernloven eller annet regelverk som lov om psykisk helsevern, sosialtjenesteloven, trygdlovgivningen eller kommunehelsetjenesteloven.

Barnevernets tvisteløsningsnemnd består av tre medlemmer som Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet velger på fritt grunnlag, og tre medlemmer valgt etter forslag fra KS. Nemndas leder er tingrettsdommer. Saksbehandlingen er skriftlig, men organet kan innkalle partene til møte dersom det er hensiktsmessig. Den avtalebaserte og uavhengige nemnda skal gi rådgivende uttalelser om hvem som skal dekke utgiftene til tiltak innen barnevern der det er uenighet mellom stat og kommune. En sak kan bare forelegges for nemnda dersom partene er enige om å fremme saken. Selv om det er enighet om å bringe saken inn for nemnda, kan hver av partene senere bringe saken inn for domstolene dersom parten ikke vil bøye seg for tvisteløsningsnemndas uttalelse. Barnevernets tvisteløsningsnemnd er opprettet som en prøveordning som skal evalueres.

Bakgrunnen for og målsettingen med å opprette Barnevernets tvisteløsningsnemnd er langt på vei sammenfallende med bakgrunn for og målsetting med å opprette en ordning for håndtering av uenighet mellom avtaleparter i helse- og omsorgssektoren. Dermed omfatter virkeområdet for nemnda en del problemstillinger som ligner det kommuner og foretak kan tenkes å bli uenige om i forbindelse med de lovpålagte avtalene. Dette sammenfallet tilsier at man tar utgangspunkt i samme modell når det gjelder samarbeidsavtaler innenfor helse- og omsorgstjenesten. I og med at Barnevernets tvisteløsningsnemnd kun har vært i funksjon i vel ett år, har man liten erfaring med modellen. Departementet har derfor kommet til at ordningen også innenfor helse- og omsorgssektoren bør baseres på avtale mellom departementet og KS, og være basert på frivillighet for partene. Departementet tar sikte på å oppnevne et eget nasjonalt organ for håndtering av uenighet som står til partenes disposisjon, mens partene selv bestemmer om de vil legge uenigheten frem for organet, og om de vil rette seg etter organets beslutning. Partene kan bli enige om å forelegge saker for organet ved uenighet både om avtaleinngåelse og om fortolkning av inngått avtale. Alternativet vil være at partene blir enige om en annen måte å håndtere uenigheten på eller at en av partene bestemmer seg for å klage saken inn for domstolene. De kan for eksempel bli enige om å be Fylkesmannen, Helsedirektoratet eller

andre som begge parter har tillit til, om å mekle mellom avtalepartene.

Departementet bør i samarbeid med KS fastsette regler for den rådgivende tvisteløsningsnemndas sammensetning, oppnevning og virkeområde. Det bør også utarbeides retningslinjer for saksbehandlingen. De erfaringer som etter hvert vinnes på barnevernområdet vil kunne anvendes på helse- og omsorgsområdet, og omvendt. Departementet forutsetter at en rådgivende tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren i størst mulig grad baseres på modellen for Barnevernets tvisteløsningsnemnd. Fordi man har liten erfaring med modellen forutsettes det også at den evalueres etter å ha vært i funksjon en tid.

Sekretariat for Barnevernets tvisteløsningsnemnd er foreløpig lagt til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet vil overlate sekretariatsfunksjonen for den nye tvisteløsningsnemnda til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet skal sammen med KS utarbeide maler for de lovpålagte avtalene. Dessuten har Helsedirektoratet vært sekretariat for rammeavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, og har derfor gjennom flere år opparbeidet kompetanse på samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak. Det ligger derfor til rette for at Helsedirektoratet kan bidra med kompetanse ved løsning av uenighet.

28.7 Forholdet til regelverket om offentlige anskaffelser

28.7.1 Anskaffelsesreglene

Behovet for å samarbeide om utførelsen av helse- og omsorgstjenester, og eventuelt avtale endringer i hvilket forvaltningsnivå som utfører oppgavene, har oppstått som en følge av at man i Norge har valgt å organisere helsetjenesten som to forvaltningsnivåer.

Det vil kunne være aktuelt at kommuner og foretak blir enige om at det er hensiktsmessig at kommunen overtar å utføre oppgaver som av ulike årsaker, historiske eller ressursmessige, har blitt utført av foretaket. Selv om dette er oppgaver som kan sies å ligge innenfor det ansvaret kommunen er pålagt i loven, kan partene avtale at foretaket helt eller delvis skal bidra til finansieringen av oppgavene. Det kan oppstå spørsmål om regelverket om offentlige anskaffelser kommer til anvendelse på slik overføring av oppgaver mellom forvaltningsnivåene.

Ifølge forskrift om offentlige anskaffelser § 1-3 (1) får forskriften anvendelse på tildeling av

offentlige kontrakter om levering av varer, tjenester eller utførelse av bygge- og anleggsarbeider. For at regelverket skal komme til anvendelse, må det foreligge en kontrakt. En kontrakt defineres i forskriften § 4-1 som en gjensidig bebyrdende avtale som inngås skriftlig mellom en eller flere oppdragsgivere og en eller flere leverandører. Denne definisjonen innebærer at det kun er oppgaver som utføres på kontraktsrettslig eller privatrettslig grunnlag som er omfattet av anskaffelsesregelverket. Oppgaver som utføres på annet grunnlag, som for eksempel lov eller forskrift, blir ikke omfattet.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene har et samlet ansvar for hele helse- og omsorgstjenesten. Det påhviler begge nivåer av helse- og omsorgstjenesten å samarbeide om utførelsen av oppgavene til befolkningens beste. Dette vil komme tydeligere frem gjennom forslaget om at kommunen og foretakene skal pålegges i lov å inngå avtaler som fremmer samarbeidet. Avtalene vil sikre et samarbeid om dette slik at pasientene opplever en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, til tross for at den løper over to ulike offentlige ansvarsnivåer. Avtalene gjelder offentlig samarbeid om lovpålagte oppgaver. Avtale om at kommunen skal overta utføringen av en oppgave, har slik sett mye til felles med delegasjon som virkemiddel.

Avtale mellom helseforetakene og kommunene om samarbeid og arbeidsfordeling springer ut av to offentlige virksomheters behov for å avklare detaljene i oppgavefordelingen. Kommunene må i utgangspunktet selv bidra til å finansiere nye aktiviteter eller oppgaver, men gjennom en slik samarbeidsmodell kan det være aktuelt å foreta omfordeling av midler som er bevilget til løsning av de aktuelle oppgavene. Avtalene vil videre ikke ha til hensikt å omgå anskaffelsesreglene. Dersom kommunen etter avtale skal utføre en aktivitet som ledd i en hensiktsmessig arbeidsdeling til pasientenes beste, vil kommunen stå fritt til å bestemme hvordan oppgaven skal løses.

Departementet antar på denne bakgrunn at avtalene som et klart utgangspunkt ikke kan anses å være av privatrettslig art og er derfor heller ikke «kontrakt» i anskaffelseslovens forstand.

28.7.2 Overføring av oppgaver på forvaltningsrettslig grunnlag

Dersom partene blir enige om at kommunen skal utføre oppgaver som etter en tolkning av loven åpenbart ikke er en del av kommunens ansvar, vil avtalen for denne delen lettere kunne anses som

kontrakt i anskaffelsesreglenes forstand. Et eksempel på dette vil være kirurgiske tjenester.

I utgangspunktet gjelder anskaffelsesregelverket også for et offentlig organs tjenestekjøp fra et annet. Departementet mener likevel at det ved overføring av myndighet på forvaltningsrettslig grunnlag fra et offentlig organ til et annet, for eksempel fra et foretak til en kommune, der foretaket ikke lenger utfører myndighetsoppgaven, i utgangspunktet ikke skjer utførelse av en oppgave på kontraktsrettslig grunnlag i anskaffelsesrettslig forstand. Dersom oppgaven ikke utføres på vegne av foretaket, men kommunen gjøres direkte ansvarlig for utøvelsen, vil overføringen av oppgaver kunne sies å hvile på et forvaltningsrettslig grunnlag og ikke et kontraktsrettslig grunnlag. Det finnes imidlertid ikke rettspraksis som kan belyse dette spørsmålet. Det er derfor usikkert hvorvidt den omstendighet at foretaket beholder det overordnede ansvaret, mens kommunen får et selvstendig ansvar for utførelsen av oppgaver i form av ett eller flere tiltak, vil komme inn under et slikt prinsipp. Departementet ser i slike tilfeller for seg at kommunen selv blir ansvarlig for at oppgaven eller tiltaket utføres forsvarlig.

Den enkelte samarbeidsavtale må vurderes konkret for å ta stilling til om det skjer en slik overføring av myndighetsoppgaver på forvaltningsrettslig grunnlag eller om det er tale om et tjenestekjøp. Dersom samarbeidsavtalene er å anse som tjenestekjøp, kommer anskaffelsesregelverket til anvendelse.

I forbindelse med ulike samarbeidsformer som kan være aktuelle mellom kommuner og helseforetak, vil unntaket for utvidet egenregi kunne være aktuelt, men dette må vurderes konkret. Ettersom anskaffelsesregelverket kun gjelder for gjensidig bebyrdende avtaler, får regelverket heller ikke anvendelse når en oppgave utføres av kommunens eget personale. EU-domstolen har også anerkjent at det kan foreligge en slik tilknytning mellom to ulike juridiske personer at anskaffelsesregelverket likevel ikke skal få anvendelse (utvidet egenregi). Vilklårene for egenregi er utviklet gjennom EU-domstolens praksis. Hovedregelen er at to kriterier må være oppfylt for at unntaket for utvidet egenregi skal komme til anvendelse. For det første må oppdragsgiveren utøve en kontroll over leverandøren som svarer til den kontroll oppdragsgiveren utøver over sin egen virksomhet (kontrollkriteriet). For det andre må den vesentligste delen av aktiviteten til leverandøren være knyttet til den kontrollerende oppdragsgiver (omsetningskriteriet).

Når det gjelder samarbeidsavtale der kommunen skal utføre foretakets lovpålagte oppgaver, vil de tradisjonelle vilkårene for egenregi som beskrevet ovenfor, ikke være oppfylt, blant annet fordi et statlig helseforetak ikke vil ha kontroll over kommunen og omvendt. EU-domstolen har imidlertid i noen senere avgjørelser myket opp kravene til egenregi noe. Av særlig interesse i denne sammenheng er den såkalte *Hamburg-saken* (C-480/06), der domstolen aksepterte at en samarbeidsavtale mellom flere offentlige organer om oppfyllelse av lovpålagte oppgaver falt utenfor anvendelsesområdet til anskaffelsesregelverket, selv om de ovennevnte kriteriene for egenregi ikke var oppfylt. Saken gjaldt fire tyske «Landkreise» (administrative distrikter) som gikk sammen om å kjøpe søppelhåndtering av Stadreinigung Hamburg (SH), et selskap fullt eid av Hamburg by, uten forutgående anbudskonkurranse. Avtalen ble klassifisert som en «regional samarbeidsavtale» og SH hadde igjen en kontrakt med et privat søppelforbrenningsanlegg om mot-tak av avfallet. Denne siste avtalen hadde vært gjenstand for en anbudskonkurranse. Det var ubestridt i saken at kontrollkriteriet ikke var oppfylt.

Domstolen synes å ha lagt avgjørende vekt på at det dreide seg om et gjensidig forpliktende interkommunalt samarbeid som utelukkende hadde som formål å sikre felles gjennomføring av lovpålagte oppgaver. Det dreide seg med andre ord om et offentlig samarbeidsprosjekt, og ikke et rent tjenestekjøp. EU-domstolen la også vekt på at

SH ikke mottok vederlag for sine tjenester, kun ren kostnadsdekning. Det ble også understreket at ingen private parter var involvert i kontraktene. Det forelå heller ingen omgåelseshensikt.

Denne saken er hittil det eneste eksempelet på at EU-domstolen har akseptert at egenregiunntaket kommer til anvendelse på såkalt horisontalt samarbeid. Dommen kan sees som en utvidet mulighet til å inngå samarbeidsavtaler mellom offentlige organer om utøvelsen av lovpålagte oppgaver. Det er likevel uklart hvilken rekkevidde dommen har. I den konkrete saken var det ikke SH selv som håndterte avfallet, men hadde inngått en avtale med et avfallsforbrenningsanlegg om denne tjenesten. Sistnevnte avtale var underlagt anskaffelsesregelverket. Det kan dermed argumenteres for at samarbeidet langt på vei hadde karakter av et innkjøpsamarbeid.

Etter departementets oppfatning vil det kunne argumenteres med at unntaket for overføring av oppgaver på forvaltningsrettslig grunnlag og/eller unntaket for horisontalt samarbeid kommer til anvendelse på de samarbeidsavtalene der kommunen skal utføre helseforetakets eksklusivt lovpålagte oppgaver. Ettersom rettstilstanden for så vidt gjelder rekkevidden av begge unntak er uavklart, vil det likevel være en viss risiko for at en slik avtale om å overføre oppgaver til kommunen, som etter en tolkning av loven åpenbart ikke er en del av kommunens lovpålagte ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjeneste, ikke vil bli ansett å være i samsvar med anskaffelsesregelverket.

Del V
Pasient- og brukerrettigheter mv.

29 Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – materielle rettigheter

29.1 Innledning

Kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven har alle flere bestemmelser som gir den enkelte pasient eller bruker rett til nærmere definerte tjenester eller ytelser fra kommunens helse- og sosialtjeneste. Departementet skal i det videre redegjøre nærmere for de ulike rettighetsbestemmelsene, men vil innledningsvis påpeke en hovedforskjell når det gjelder hvordan rettighetsbestemmelsene er utformet i de ulike lovene.

Pasientrettighetsloven benytter en rettslig standard for å angi hva en pasient har rett til, nærmere bestemt rett til «nødvendig helsehjelp», jf. § 2-1. Helsepersonellet må vurdere den enkelte pasients behov ut fra et helsefaglig skjønn i en konkret situasjon. «Nødvendig helsehjelp» er derfor både en beskrivelse av den hjelpen pasienten har rett til å få og et vilkår for at den enkelte har rett på hjelpen.

I kommunehelsetjenesteloven er både kommunens plikter og pasientenes rettigheter regulert i samme lov. Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 har «enhver rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg». Med andre ord bruker kommunehelsetjenesteloven samme rettslige standard som i pasientrettighetsloven, og gir borgerne et rettskrav på helsehjelp fra kommunen. Dette er følgelig en dobbeltregulering av pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen. For å ha rett til «nødvendig helsehjelp» må vedkommende være i en situasjon hvor man har behov for slik rett, for at hjelp skal kunne kreves. Som etter pasientrettighetsloven vil dette innebære at det må foretas en individuell helsefaglig vurdering.

Tilsvarende som i kommunehelsetjenesteloven, er både kommunens plikter og brukernes rettigheter for sosiale tjenester regulert i sosialtjenesteloven. Sosialtjenesteloven benytter derimot ikke en rettslig standard i rettighetsbestemmelsen, slik som etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Her angir rettighetsbe-

stemmelsen kriterier for når en person har krav på hjelp, og viser til en annen bestemmelse når det gjelder spørsmålet om hva slags hjelp vedkommende har krav på. Nærmere omtale av dette fremgår under punkt 29.2.

For en fullstendig oversikt over den enkelte pasients eller brukers totale rettighetsbilde, må de materielle rettigheter (som omtales i kapitlet her) sees i sammenheng med de prosessuelle rettighetene omtalt i kapittel 30. Rettighetene utfyller hverandre og det er nær innbyrdes sammenheng mellom dem. Hovedformålet med de prosessuelle reglene er å sikre oppfyllelse av de materielle rettighetene.

29.2 Gjeldende rett

29.2.1 Rett til nødvendig helsehjelp

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd gir enhver som oppholder seg i kommunen «rett til nødvendig helsehjelp». Tilsvarende gir pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd andre punktum pasienten «rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten». Dette er som nevnt en dobbeltregulering av rett til helsehjelp fra kommunen. Bestemmelsene skal forstås likt, men klageordningen etter lovene er forskjellig, se omtale av dette i kapittel 34.

I pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c) er «helsehjelp» definert som «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell». Begrepet er definert noe annerledes i helsepersonelloven § 3 tredje ledd ved at «pleie- og omsorgsformål» ikke er nevnt eksplisitt, men i praksis legges det til grunn at begrepet skal forstås på samme måte som etter pasientrettighetsloven.

I kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd og pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd andre punktum er det ikke presisert hva slags hjelp rettighetsbestemmelsene konkret gir rett til, utover en rett til nødvendig helsehjelp. Det er heller ikke

gitt noen nærmere regler om vilkårene for rett til helsehjelp.

Kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven blir tolket slik at de gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig vurdering av behov. I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven, jf. Ot. prp. nr. 36 (1980-81), er det påpekt at det rettskravet en pasient vil ha overfor kommunen, ikke kan være ubegrenset. Videre er det uttalt at hjelpen må være nødvendig, og at det må ligge innen kommunens muligheter å yte den. Det vises til at den hjelp det vil være spørsmål om, vil være høyst forskjellig og bero på medisinsk skjønn. Det er en forutsetning at behov for nødvendig helsehjelp som krever annen kompetanse enn det kommunehelsetjenesten kan eller skal tilby, henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette følger også av helsepersonelloven § 4 andre ledd.

Det fremgår av forarbeidene at det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp, og at omfang og nivå på hjelpen må overlates til praksis og vurderes konkret. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Det forutsettes at det finnes et «minstekrav» som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Dette er også lagt til grunn i rettspraksis, jf. særlig den såkalte «Fusa-dommen» (Rt.1990 s. 874). Når det gjelder kriteriet nødvendig helsehjelp, er det med støtte i forarbeidene også lagt til grunn at det må tas hensyn til en rettfærdig fordeling mellom pasienter med sammenlignbare behov.

Selv om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp har vedkommende i utgangspunktet ikke krav på en bestemt type hjelp fra kommunen. Det er med andre ord ikke slik at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp kan kreve en tjeneste som kommunen etter kommunehelsetjenesteloven er forpliktet til å ha et tilbud om for eksempel sykehjemsplass. Det er i utgangspunktet opp til kommunen eller det enkelte helsepersonell å bestemme hva slags hjelp som skal tilbys, ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. Slik sett kan en kommune fatte vedtak om tilbud om hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester, fremfor vedtak om tildeling av sykehjemsplass under forutsetning at dette er forsvarlig.

Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i lovene er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til pasientens ønsker og synspunkter. I tillegg må formen for tjenesteyting være forsvarlig. Det vil si at dersom for eksempel en sykehjemsplass er eneste alternativ for at hjel-

pen er å anse som forsvarlig, vil vedkommende pasient ha et rettskrav på sykehjemsplass. Hva som er å anse som forsvarlig vil være en helsefaglig vurdering i det konkrete tilfellet.

Adgang til å sette vilkår for å gi hjelp er ikke regulert i kommunehelsetjenesteloven eller pasientrettighetsloven. Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak gjelder ikke ved tildeling av helsehjelp etter disse lovene, bortsett fra «vedtak om hjemmesykepleie og tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie», jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Det legges i dag til grunn at det ved tildeling av disse tjenestene gjelder et ulovfestet forvaltningsrettlig prinsipp om adgang til å sette vilkår.

29.2.2 Rett til sosiale tjenester

I sosialtjenesteloven angir lovens rettighetsbestemmelse kriterier for når en person har krav på hjelp, og viser til en annen bestemmelse når det gjelder spørsmålet om hva slags hjelp vedkommende har krav på. Det fremgår av § 4-3 at «(...) de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d». Departementet viser til omtale av § 4-2 i proposisjonens punkt 13.3. Den som oppfylder vilkårene i § 4-3 har et rettskrav på sosiale tjenester. Bestemmelsen tar sikte på den som ved egen omsorg ikke klarer å fungere i dagliglivet. Bestemmelsen omfatter ikke bare de helt hjelpeløse, men også de som er delvis funksjonshemmet og de som har store vanskeligheter med å greie seg i dagliglivet.

Slik sett er sosialtjenestelovens regulering av brukeres rettigheter noe annerledes enn reguleringen av pasientenes rettigheter etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven, da det ikke brukes en rettslig standard for retten til hjelp. Likevel er det slik at vilkårene etter sosialtjenesteloven § 4-3 er skjønnsmessige. Bestemmelsen blir tolket slik at den gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell sosialfaglig vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp. Omfang og nivå på hjelpen er overlatt til praksis og konkret vurdering. Det forutsettes at det finnes et minstenivå som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Dette er også lagt til grunn i rettspraksis, jf. særlig «Fusa-dommen» (Rt.1990 s. 874).

I forarbeidene til sosialtjenesteloven, jf. Ot. prp. nr. 29 (1990-91), er det påpekt at det er viktig at de brukerne som har størst hjelpebehov,

får de tjenestene som er nødvendige. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Retten gjelder uavhengig av den omsorgstrengendes økonomiske situasjon, men i henhold til sosialtjenesteloven § 11-2 kan kommunen kreve vederlag.

Gjennomgangen viser at rett til sosialtjenester og rett til helsehjelp i all hovedsak må vurderes med utgangspunkt i de samme grunnleggende prinsippene om forsvarlighet, hensynet til kommunens ressurser, hensynet til fellesskapets behov og eksistensen av et minstenivå.

På samme måte som etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven er det også slik at selv om en person har krav på hjelp etter sosialtjenesteloven, betyr ikke det at vedkommende har krav på en bestemt type hjelp fra kommunen. Med andre ord er det ikke slik at selv om en bruker har krav på sosiale tjenester fra kommunen, at brukeren også dermed har et rettskrav på en bestemt tjeneste, for eksempel en institusjonsplass. Det er i utgangspunktet opp til kommunen å bestemme hva slags hjelp som skal tilbys, ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har.

Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsen i loven er utgangspunktet og i tillegg vil opplistingen i § 4-2 av hva de sosiale tjenester skal omfatte være retningsgivende for hvilke rettigheter den enkelte har. Etter § 8-4 skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med bruker og det skal legges stor vekt på hva bruker mener. Tjenesten kan heller ikke ha en form som er åpenbart urimelig. Ytelserne må tilfredsstillende et forsvarlig minstenivå. Det konkrete innhold i hjelpen vil kunne variere fra person til person etter en konkret vurdering av vedkommendes behov.

Adgang til å sette vilkår for tildeling av hjelp var i sosialtjenesteloven tidligere lovfestet for økonomisk stønad, jf. nå lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 20. Ved tolking og praktisering av sosialtjenesteloven er det lagt til grunn at det gjelder et ulovfestet forvaltningsrettslig prinsipp om adgang til å knytte vilkår til begunstigende vedtak, det vil si også vedtak som ikke gjelder økonomisk stønad. I likhet med det som er lovfestet for økonomisk stønad, er det lagt til grunn at vilkåret må ha nær sammenheng med vedtaket, og at det ikke må begrense tjenestemottakerens handle- eller valgfrihet på en urimelig måte. Tjenestetilbudet og vilkårene må samlet sett være forsvarlig.

29.2.3 Særlige rettigheter

29.2.3.1 Rett til øyeblikkelig hjelp

I pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum er det presisert at pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Dette innebærer en plikt både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten til å yte helsehjelp når hjelpen er påtrengende nødvendig. Vurderingen av hva som er påtrengende nødvendig, må avgjøres ut fra forsvarlig helsefaglig skjønn i hvert enkelt tilfelle. Se kapittel 16 for en utdyping av hva som ligger i begrepet øyeblikkelig hjelp. Retten til øyeblikkelig hjelp korresponderer med helsepersonellens plikt til å gi øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven § 7.

29.2.3.2 Særlige rettigheter for barn

I kommunehelsetjenesteloven § 2-2 første ledd er det presisert at barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Av bestemmelsens andre ledd fremgår at foreldre plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll. Helsetjenesten kan derfor pålegge foreldrene å medvirke til at barnet får helsekontroll. Et slikt pålegg vil være et enkeltvedtak som kan påklages. Helsetjenesten har imidlertid ingen sanksjonsmuligheter dersom foreldrene ikke følger opp denne bistandsplikten. I slike tilfeller må helsetjenesten vurdere om barnevernet skal underrettes, jf. helsepersonelloven § 32 om opplysningsplikt til barneverntjenesten, barnevernloven kapittel 4 om særlige tiltak og kapittel 6 om meldeplikt og taushetsplikt.

Barns rett til helsekontroll følger også av pasientrettighetsloven § 6-1. I pasientrettighetsloven §§ 6-2 til 6-4 er det gitt nærmere bestemmelser om barns rett til samvær med foreldrene, aktivitet og undervisning i forbindelse med opphold i helseinstitusjon.

29.2.3.3 Rettigheter under opphold i institusjon eller bolig etter sosialtjenesteloven kapittel 7

En institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 7 skal drives slik at beboerne selv kan bestemme i personlige spørsmål og ha det samkvem med andre som de selv ønsker, så langt det er forenlig med formålet ved oppholdet og med institusjonens eller boligens ansvar for driften, herunder ansvaret for trygghet og trivsel. Kapittel 7 regulerer

boliger med heldøgns omsorgstjenester for dem som på grunn av alder, funksjonshemming, rusmiddelmissbruk eller av andre årsaker har behov for dette, jf. § 7-5. § 7-11 regulerer beboernes rettigheter, som retten til å bevege seg både i og utenfor institusjonen eller boligen. Videre fastslås at det for eksempel ikke er tillatt å refse en person fysisk, bruke tvangstiltak eller føre kontroll med beboernes korrespondanse. Det er gitt nærmere bestemmelser i forskrift om dette.

29.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

29.3.1 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget foreslo at den som oppholder seg i kommunen, ut fra en «individuell vurdering» av vedkommendes behov, skulle ha krav på «nødvendig hjelp ved sosiale og helsemessige problemer». Forslaget inneholdt en opplisting i sju underpunkter av hva slags hjelp vedkommende kunne ha krav på, samtidig som det fremgikk at opplistingen ikke var ment å skulle være uttømmende.

29.3.2 Forslag i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste

Wisløffutvalget foretok ikke en samlet gjennomgang av rettighetsreguleringen av tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Utvalget foreslo imidlertid flere enkeltstående tiltak rettet mot å styrke pasientens stilling i helsetjenesten, og da spesielt pasientens muligheter til å fremme krav om, bidra til og dra nytte av bedre samhandling i helsetjenesten.

Utvalget la vekt på at tjenesteytere må legge pasientperspektivet til grunn for sitt arbeid og legge til rette for medvirkning fra brukeren. I tillegg påpekte utvalget nødvendigheten av brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning.

Utvalget viste til at for spesialisthelsetjenesten er dette regulert i helseforetaksloven § 35 og at det er etablert brukerutvalg knyttet til ledelsen av samtlige regionale helseforetak, og etter hvert også i de enkelte helseforetak. Utvalget foreslo tilsvarende bestemmelser om kollektiv brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven og at det burde etableres systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Det ble foreslått flere konkrete tiltak for å styrke arbeidet med individuell plan, se omtale i proposisjonens kapitler 31 og 32.

Videre foreslo utvalget å lovfeste i pasientrettighetsloven at pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemming skulle gis tilbud om pasientopplæring, dersom dette kunne bidra til å øke eller opprettholde selvstendighet og funksjonsevne. Utvalget foreslo at man skulle videreutvikle modellen med lærings- og mestringssentra som et opplæringstilbud til personer som har kronisk sykdom eller funksjonshemming. Helsetjenesten skulle også, sammen med brukerorganisasjonene, styrke informasjonsarbeidet overfor pasientgrupper som ikke selv aktivt søker informasjon.

29.3.3 St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen

Stortingsmeldingen inneholder ingen samlet gjennomgang av rettighetsreguleringen av tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tilknytning til en vurdering av utvikling i omsorgstjenesten er det i St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* uttalt:

«I det videre arbeidet med oppfølgingen av samhandlingsreformen vil regjeringen vurdere behov for endringer i dagens lovgivning. Det arbeides med sikte på at det i 2010 skal legges fram forslag til oppfølging av forslagene i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester (Bernt-utvalget). Arbeidet med saken er blitt forskjøvet for å kunne gi forslagene til ny helse- og omsorgslov og forslagene i samhandlingsreformen en helhetlig behandling. Dette vil, sett i sammenheng med ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen som om kort tid legges fram av regjeringen, gi en helhetlig oppfølging av den samlede helse- og omsorgssektor.»

I forlengelsen av dette uttales det blant annet:

«I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2008 inngikk regjeringspartiene et forlik med Kristelig Folkeparti og Venstre om konkretisering av Omsorgsplan 2015. Regjeringen er også i gang med å vurdere hvordan avtalen om å utarbeide en verdighetsgaranti i forbindelse med arbeidet med ny felles helse- og sosiallovgivning skal følges opp. Utgangspunktet var at dette skulle behandles i tilknytning til

arbeidet med felles helse- og sosiallovgivning. Oppfølgingen av verdighetsgarantien vil, etter at samhandlingsreformen er lagt fram, kunne legges fram som egen sak og vil ikke nødvendigvis være avhengig av tidspunktet for oppfølgingen av forslagene i NOU 2004: 18. Regjeringen vil komme tilbake til dette på et senere tidspunkt.»

29.4 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å samle den enkelte pasients og brukers rettigheter i pasientrettighetsloven. Forslaget innebar at dagens rettigheter etter pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven ble gitt en felles regulering i pasientrettighetsloven, og at vilkårene for rett til henholdsvis helsetjenester og omsorgstjenester skulle være likelydende. Ifølge forslaget skulle «pasient og bruker ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester». Det ble presisert at dagens samlede rettighetsomfang skulle videreføres.

Departementet foreslo å videreføre gjeldende rett til øyeblikkelig helsehjelp, men da inntatt i forslaget til ny § 2-1a i pasientrettighetsloven. Retten til helsekontroll og foreldrenes plikt til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll ble også foreslått videreført i pasientrettighetsloven.

Departementet foreslo videre å presisere i pasientrettighetsloven at enhver har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med forslaget til forsvarelsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Henvisningen til § 4-1 ble foretatt for å vise at retten til et verdig tjenestetilbud faller inn under, og er en del av, det generelle forvarlighetskravet. Sosialtjenesteloven § 7-11 om rettigheter under opphold i institusjon eller bolig ble ikke foreslått videreført.

29.5 Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester

29.5.1 Høringsinstansenes syn

Flere instanser har sluttet seg til forslaget om at det innføres en felles rettighetsbestemmelse for kommunale helse- og omsorgstjenester, og at vilkårene for rett til henholdsvis helsetjenester og omsorgstjenester skal være likelydende. *Malvik kommune* uttaler:

«Malvik kommune slutter seg til at en slik endret måte å rettighetsfeste sosiale tjenester

skal innebære en videreføring av gjeldende rett, og er ikke ment som noen utvidelse eller innskrenking av den enkeltes rett til tjenester som i dag er omfattet av sosialtjenesteloven.»

I høringssvaret fra *Universitetet i Tromsø, juridisk fakultet* er det knyttet kommentarer til behovet for å ha skjønnsmessige kriterier i lovverket og sammenhengen mellom lovens materielle og prosessuelle rettigheter. Det uttales:

«Det er viktig at lovers materielle innhold er entydige for å skape forutsigbarhet og hindre maktmisbruk. Helse- og sosiallovgevingen er imidlertid et rettsområde der det er behov for å ha skjønnsmessige kriterier for å gi mulighet for tilpasning til den individuelle situasjon. Presisjonsnivået i de materielle reglene, vil dermed være begrenset. Den viktigste rettsikkerhetsgarantien ligger derfor i regler som skal sikre betryggende saksbehandling.»

Flere instanser, deriblant *Kreftforeningen* og *Bergen kommune*, har samtidig uttrykt usikkerhet med hensyn til om forslaget til pasientrettighetsloven § 2-1a og vilkåret «nødvendige helse- og omsorgstjenester» er klart nok til å unngå feiltolkning og forskjellsbehandling, eller forskjellig praksis fra kommune til kommune. Også *Statens helsetilsyn*, har bemerket «at det kan være vanskelig både for de som skal yte tjenestene og for den som har rett til tjenestene å identifisere hvilke tjenester søkere har rettskrav på, og hva slags funksjons- og helsesvikt som utløser retten til helse- og omsorgstjenester». Statens helsetilsyn viser til at formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven og innføring av begrepet verdighet i både helse- og omsorgstjenesteloven og pasientrettighetsloven gir viktige føringer for hvordan tjenestene skal innrettes. Videre at «forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester og forskrift om en verdig eldreomsorg gir føringer både i forhold til hvilke grunnleggende behov som tjenestene må dekke og på hvilken måte det bør skje».

Statens helsetilsyn uttrykker likevel at ytterligere føringer i forståelsen av bestemmelsen bør vurderes:

«Statens helsetilsyn vil derfor sterkt anbefale at departementet i forbindelse med utarbeidelse av proposisjonen, foretar en relativt bred gjennomgang av sentrale kriterier for vurdering av rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det vil kunne gi kommunene viktig veiledning ved vurderingen av hvilke former for funk-

sjons- og helsesvikt som kan gi rett til tjenester og holdepunkter for utmålingen av tjenester.»

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet mener det bør understrekes at kommunen har plikt til å se hen til individuelle ønsker og behov og rådføre seg med bruker og pasient i utformingen av tjenestene dersom forslaget om en mer generell opprømsing av tjenestene opprettholdes.

Flere instanser mener at pasienters og brukeres rettssikkerhet svekkes ved at kommunens forpliktelser utformes mer generelt, og at det blir mindre tydelig hvilke krav som stilles til tjenestenes materielle innhold. Dette er et synspunkt som deles av blant annet *Høgskolen i Telemark, FFO Sør-Trøndelag* og *Norges Handikapforbund*. I høringsuttalelsen fra Høgskolen i Telemark heter det blant annet:

«Retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester, forstått som rettskrav, er svekket i det foreliggende forslaget. Det fremgår ikke på en tydelig måte i forslaget at gjeldende rett i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og sosialtjenesteloven § 4-3 videreføres. Gjeldende vilkårsbestemmelser er allerede vurderingspregede både på tildelings- og rettsfølgersiden, og det foreliggende forslaget svekker pasienten/brukerens rettslige posisjon og rettssikkerhet ytterligere.»

Meråker, Nissedal og Fitjar kommune har i nesten likelydende formulering bemerket at heldøgnstjenester i eget hjem har vært økende de siste årene og at dette gir kommunene store utfordringer både kompetansemessig, personellmessig og økonomisk. På denne bakgrunn mener kommunene at det må vurderes å klargjøre i forskrift hvilke forutsetninger som må være til stede for at en person skal ha rett til heldøgnstjeneste i eget hjem.

29.5.2 Departementets vurderinger og forslag

I og med at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester etter forslaget rettes inn mot å bli en ren plikt- og tjenestelov (se omtale i kapittel 7), mener departementet at rettighetsbestemmelser som i dag fremgår av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, bør samles i pasientrettighetsloven. For den enkelte pasient og bruker vil det være en fordel at man i størst mulig grad kan forholde seg til en enkelt lov for å avklare sine rettigheter. Departementet legger til grunn at dagens samlede rettighetsomfang skal videreføres.

Under henvisning til redegjørelsen under punkt 29.2 legger departementet til grunn at rettighetsbestemmelsene for nødvendige tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven på den ene siden og sosialtjenesteloven på den andre siden, i praksis langt på vei tolkes likt når det gjelder vilkårene for å utløse en rettighet. Dette gjelder selv om rettighetsbestemmelsene rent lovteknisk har ulik utforming. Etter begge lover vil det i utgangspunktet være en helsefaglig eller sosialfaglig vurdering som ligger til grunn for vurderingen av om vedkommende person har et rettskrav på hjelp fra kommunen. Dette taler for at rettighetsbestemmelsen for tjenester i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov bør utformes som en felles bestemmelse med like vilkår. En harmonisering av dagens lovgivning kan også bidra til en forenkling for den enkelte pasient og bruker og for forvaltningen.

Ved at dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov foreslås slått sammen og harmonisert i en felles kommunal helse- og omsorgstjenestelov, kan også lovtekniske hensyn tale for at det utformes likelydende rettighetsbestemmelser for henholdsvis helsetjenester og omsorgstjenester. Det er i mange tilfeller nær sammenheng mellom de ulike tjenester den enkelte mottar med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven og med hjemmel i sosialtjenesteloven. For den enkelte mottaker av tjenestene er helheten og det totale tjenestetilbudet viktigst. Dette kan tale for at det ved regulering av hvordan tjenestene skal tildeles, bør legges opp til mest mulig likeartet rettighetsregulering. Departementet viser også til at likeartede tjenester som ytes med hjemmel i ulikt regelverk, for eksempel pleie- og omsorgstjenester, bør være undergitt likelydende rettighetsregulering.

På den annen side kan det anføres argumenter mot en slik felles regulering. Det er lang tradisjon for å regulere rettigheter på ulik måte innenfor henholdsvis helse- og sosialsektoren. En harmonisering som innebærer en sammenslåing med likelydende rettighetsregulering, kan skape misforståelser om forståelsen av regelverket eller medføre ulik praksis. Dette kan spesielt tenkes for de tidligere sosiale tjenestene som vil «miste» sitt tilleggsvilkår for utløsning av en rettighet. Dette kan oppfattes som at rettighetsbestemmelsen blir mer uklar og skjønnsbasert enn dagens regulering, noe som kan gi utilsiktede utslag og som i praksis kan bli oppfattet som en endring av gjeldende rett.

Dagens forskjell mellom hvordan beslutninger fattes på henholdsvis helsesektoren og sosial-/omsorgssektoren kan også tale for å opprettholde

ulik rettighetsregulering. For helsetjenestenes vedkommende vil det i stor utstrekning være snakk om beslutninger som treffes i klinisk virksomhet, nærmere bestemt i møtet mellom pasient og behandler, og ikke beslutninger i form av enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. I slik klinisk virksomhet vil den konkrete og individuelle helsefaglige vurderingen bli det sentrale i rettighetsvurderingen og beslutninger nedfelles ikke i form av skriftlige vedtak.

For sosialtjenester vil derimot forholdet ofte være det motsatte, nemlig at beslutninger treffes som enkeltvedtak i henhold til forvaltningsloven. Dette kan tilsi at vilkårene for rettigheter i form av forvaltningsavgjørelser bør være mer utdypende eller eksplisitte når det gjelder tildeling av sosialtjenester, enn vilkårene for å beslutte tildeling av helsetjenester. Departementet vil imidlertid vise til det unntak som allerede i dag følger av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 fjerde ledd om hjemmesykepleie og plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Her treffes det beslutninger i form av enkeltvedtak, og forskjellen når det gjelder hvordan beslutninger fattes på henholdsvis helsesektoren og sosialsektoren er således ikke gjennomgående. Departementet viser til kapittel 11 hvor forholdet til forvaltningsloven vurderes nærmere.

Etter en helhetsvurdering, der departementet særlig har lagt vekt på den nære sammenhengen mellom tjenestene og hensynet til forenkling for pasienter og brukere, foreslår departementet at det innføres en bestemmelse om rett til nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester, samt at vilkårene for rett til henholdsvis helsetjenester og omsorgstjenester skal være likelydende, jf. forslaget til ny § 2-1 a i pasientrettighetsloven.

Dagens pasientrettighetslov § 2-1 regulerer rettighetene både overfor kommunehelsetjenesten (første, tredje og sjette ledd) og overfor spesialisthelsetjenesten (første ledd første punktum og andre til syvende ledd). For å tydeliggjøre den enkeltes rettigheter foreslår departementet å dele opp dagens § 2-1 i to bestemmelser, hvor § 2-1 a foreslås å gjelde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens § 2-1 b foreslås å gjelde for spesialisthelsetjenesten. Den foreslåtte pasientrettighetsloven § 2-1 a andre ledd skal innebære en videreføring av dagens pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd andre punktum og kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd. Når det gjelder rett til øyeblikkelig hjelp vises det til punkt 29.7.

Dagens regulering av rett til «nødvendig helsehjelp» i pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd

andre punktum er en rettslig standard som ble innført da kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt i 1982. Etter hvert har denne standarden festet seg og den ble også nedfelt i pasientrettighetsloven da den ble vedtatt i 1999.

Som nevnt legger departementet til grunn at rettighetsbestemmelsene for nødvendige tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven på den ene siden og sosialtjenesteloven på den andre siden, i praksis langt på vei tolkes likt når det gjelder vilkårene for å utløse en rettighet. Uavhengig av forskjellig utforming av rettighetsbestemmelsene blir både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven tolket slik at de gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Etter departementets vurdering kan derfor dagens mer detaljerte utforming av rettighetsbestemmelsen etter sosialtjenesteloven § 4-3 erstattes av den rettslige standarden «nødvendige helse- og omsorgstjenester».

Det innebærer at ny rettighetsbestemmelse etter pasientrettighetsloven § 2-1 a gir rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette skal tolkes slik at pasient og bruker har krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå, og omfang og nivå på hjelpen må derfor foretas etter en konkret vurdering. Det avgjørende må være den hjelpetrengendes behov ut i fra en helse- og sosialfaglig vurdering. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Det er imidlertid en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Det vises i den forbindelse til «Fusa-dommen» Rt.1990 s. 874. For nærmere omtale av forsvarlighetskravet vises det til kapittel 20.

Slik endret måte å rettighetsfeste sosiale tjenester på, skal innebære en videreføring av gjeldende rett, og er ikke ment som noen utvidelse eller innskrenking av den enkeltes rett til tjenester som i dag er omfattet av sosialtjenesteloven. Som etter sosialtjenesteloven vil de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasientrettighetsloven § 2-1 a.

Rettighetsbestemmelsen omfatter hjelpebehov av rent praktisk eller personlig art. Hvorvidt en

person «ikke kan dra omsorg for seg selv», krever en sosialfaglig vurdering (og i mange tilfeller også en helsefaglig vurdering) av vedkommendes funksjonsevne. Rettighetsbestemmelsen innebærer at også foreldre og deres mindreårige barn vil omfattes, hvis omsorgen for barnet overgår foreldrenes omsorgsevne. Dette kan skyldes forhold hos barnet (enkelte funksjonshemmede barn kan for eksempel ha et så stort omsorgsbehov at dette overstiger foreldrenes omsorgsevne) eller foreldrenes egen helse eller funksjonshemming.

Årsaken til hjelpebehovet spiller ingen rolle. Rettighetsbestemmelsen vil i utgangspunktet omfatte alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med behov for tjenester på grunn av somatisk sykdom eller skade, psykiske problemer eller lidelser, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Rettigheten vil vedkommende ha overfor den kommunen vedkommende oppholder seg i, da kommunene er forpliktet til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen, jf. forslaget til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd.

Selv om en person har et rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen. Med andre ord er det ikke slik at selv om en person har krav på helse- og omsorgstjenester fra kommunen, så har personen også dermed et rettskrav på en bestemt tjeneste, for eksempel en institusjonsplass. Dette er en videreføring av gjeldende rett både for kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten, men blir nå tydeliggjort ved at kommunens plikter og pasientens og brukernes rettigheter blir regulert i ulike lover. Dersom en pasient eller bruker har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester, er det kommunen som må vurdere og i utgangspunktet beslutte hva slags hjelp som skal tilbys ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. Slik sett kan en kommune fatte vedtak om tilbud om helsetjenester i hjemmet, fremfor tildeling av plass i institusjon under forutsetning av at det innebærer et forsvarlig tilbud.

Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i lovene er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til tjenestemottakerens ønsker og synspunkter. Dette gjelder særlig ved utforming av tjenester etter forslaget i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6, hvor det skal legges stor vekt på hva brukeren mener, jf. forslag til pasientrettighetsloven § 3-1 andre ledd. I tillegg er det sentralt at formen for tjenesteyting

må være forsvarlig. Hva som er å anse som forsvarlig vil være en helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering i det konkrete tilfellet. Det vil si at dersom for eksempel en plass i institusjon er eneste alternativ for at hjelpen er å anse som forsvarlig i det konkrete tilfellet, vil vedkommende pasient eller bruker ha et rettskrav på opphold i institusjon.

Videre vil kommunens plikt til å tilby visse tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3, og da særlig § 3-2 første ledd, være veiledende for hva en person som har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester kan forvente av tilbud fra kommunen. Av § 3-2 fremgår det en liste over hvilke tjenester kommunen blant annet er forpliktet å yte, og det vil således være naturlig at kommunen vil sørge for at hjelpen gis med utgangspunkt i disse tjenestene. Det skal også bemerkes at det forutsettes at det finnes et minimum som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Dette er også lagt til grunn i rettspraksis, jf. særlig «Fusa-dommen» (Rt.1990 s. 874).

Spørsmålet om hvem som omfattes av rett til tjenester fra kommunen er særlig relevant for personer uten lovlig opphold i landet. Departementet har hatt på høring et forslag om presisering av virkeområde for pasientrettighetslovens kapittel 2, ved en endring i prioriteringsforskriften, for å klargjøre hvilken rett personer som oppholder seg ulovlig i landet har til helsetjenester. Høringsinstansenes innspill er nå til vurdering i departementet.

I henhold til forskrift til sosialtjenesteloven §§ 1-1 og 1-2 er verken personer uten lovlig opphold eller asylsøkere i utgangspunktet omfattet av tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, det vil si sosiale tjenester. Departementet tar sikte på å videreføre tilsvarende begrensninger i forskrift til pasientrettighetsloven. Disse personene vil få tilbud om innkvartering og avhjelping av spesielle behov av utlendingsmyndighetene, da fortrinnsvis i asylmottak, men også i spesialtilpassede løsninger som finansieres av utlendingsmyndighetene dersom det er behov for det.

Når det gjelder rettighetens omfang og kvalitet, har den enkelte rett på et forsvarlig tjenestetilbud, se under kapittel 20 og 21. I forslaget til ny § 2-1 a femte ledd foreslås videreført den forskriftshjemmel som i dag følger av pasientrettighetsloven § 2-1 sjettede ledd. Bestemmelsen innebærer at Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helse- og omsorgstjenester som pasient og bruker kan ha rett til.

29.6 Strukturelle valg ved utforming av ny lovregulering

29.6.1 Høringsinstansenes syn

Et stort antall av høringsinstansene, deriblant *Oslo kommune, Flekkefjord kommune, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vest-Agder, Fagforbundet, Høyskolen i Vestfold, Midt-Troms regionråd og Den norske jordmorforening* støtter forslaget om å regulere henholdsvis kommunens plikter og pasientens og brukers rettigheter i to ulike lover. Jordmorforeningen uttaler blant annet:

«Lovforslaget innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, men at de samles i pasientrettighetsloven. Dette støtter vi. Det skal være lett å sette seg inn i hva spesialisthelsetjenestens og kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og hvordan rettigheter skal oppfylles.»

Norges Handikapforbund uttrykker skepsis til forslaget og uttaler at forbundet primært ønsker at alle bestemmelser, rettigheter og plikter, samles i én lov.

Mange høringsinstanser støtter forslaget om at pasientrettighetsloven skal gjelde både for pasienter og andre brukere som mottar tjenester etter den nye loven. *Oslo kommune* uttaler følgende:

«Det positive ved forslaget er at alle brukere får de samme rettigheter overfor kommunen som pasienter har, det gjelder både informasjonsrett, rett til journalinnsyn, rett til medvirkning m.m. Pasientrettighetsloven regulerer både dine rettigheter som pasient/bruker, men den regulerer også retten til å bli pasient/bruker, den regulerer saksbehandling og klagerett ved tildeling av tjenester.»

Funksjonshemmedes fellsforbund (FFO) anser at pasientrettighetsloven blir mangelfullt tilpasset for sosiale tjenester og begrunner det slik:

«De fleste bestemmelsene er utformet med særskilt tanke på mottakere av helsehjelp og det gir ikke mening å anvende enkelte av disse reglene for mottakere av sosiale tjenester, for eksempel § 4-9. Når det gjelder medvirkningsbestemmelsen, innebærer dette en alvorlig svekkelse av gjeldende rett for brukere av sosiale tjenester, se eget avsnitt nedenfor om dette.

FFO er enig i at noen av bestemmelsene, for eksempel om journalinnsyn og samtykke, kan ha en viss overføringsverdi. Samtykkereglene mister imidlertid noe av sin betydning ettersom tildeling av helse- og omsorgstjenester/sosiale tjenester i de fleste tilfeller skal skje etter søknad og påfølgende saksbehandling etter forvaltningsloven.

Det kan argumenteres for at enkelte regler for pasienter og mottakere av sosiale tjenester bør utformes likt. Men FFO mener at ulikhetene er så store at pasientrettigheter for mottakere av sosiale tjenester bør ivaretas særskilt, for eksempel i et eget kapittel i loven.»

Selv om mange støtter forslaget om at pasientrettighetsloven skal gjelde både for pasienter og andre brukere som mottar tjenester etter den nye loven, mener flere av høringsinstansene samtidig at forslaget i større eller mindre grad fremstår som ufullstendig eller uklart på en del punkter. *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)* uttaler blant annet følgende:

«FFO er i utgangspunktet ikke kritisk til at den nye loven utformes som en kommunal pliktlov og at brukeres og pasienters rettigheter lovfestes i egen lov. Men pasientrettighetsloven må tilpasses langt bedre enn det som angis i høringsdokumentet for at den også skal kunne fungere som en god brukerrettighetslov.»

Datatilsynet er særlig positiv til at pasientrettighetsloven § 5-3 får anvendelse også for tjenestemottakere etter dagens sosialtjenestelov i det denne bestemmelsen gir pasienter og brukere rett til å motsette seg utlevering av journal eller opplysninger i journal.

Flere høringsinstanser mener at pasientrettighetsloven tittel bør endres. Dette synspunktet støttes blant annet av *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Norges Handikapforbund, kommunene Drammen, Tønsberg og Oslo og pasient- og brukerombudene*. FFO begrunner sitt forslag slik:

«Lovens tittel må også endres slik at tittelen viser at loven også handler om brukere, det vil si mottakere av sosiale tjenester. Mottakere av praktisk bistand og andre sosiale tjenester er ikke nødvendigvis pasienter.»

Tønsberg kommune mener at lovtittelen bør vurderes endret slik at loven «ikke oppfattes som en ren helserettighetslov». Flere av høringsinstansene har konkret foreslått at pasientrettighetsloven bør

endre navn til «Pasient- og brukerrettighetsloven».

Noen høringsinstanser, herunder *FFO, Norges Handikapforbund og pasient- og brukerombudene*, har foreslått endringer i pasientrettighetslovens formålsparagraf. FFO uttaler at pasientrettighetslovens formålsparagraf § 1-1 må endres når loven skal gjelde også for mottakere av sosiale tjenester. Norges Handikapforbund mener at formålsbestemmelsen i pasientrettighetsloven § 1-1 «må tilpasses målgruppen som trenger andre tjenester enn helsehjelp». Handikapforbundet foreslår videre at punkt 2 og 3 i formålsbestemmelsen til forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legges til formålsbestemmelsen i pasientrettighetsloven.

Flere høringsinstanser støtter at ordlyden «pasient og bruker» i hovedsak skal erstatte «pasient» i pasientrettighetsloven.

29.6.2 Departementets vurderinger og forslag

Både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven inneholder bestemmelser om henholdsvis kommunens *plikter* og pasientens og brukerens *rettigheter*. Etter departementets vurdering kan det være uheldig med en slik blanding av plikter og rettigheter i lover som i utgangspunktet skal regulere kommunenes tjenester og plikter på dette området. På helseområdet har man i dag allerede samlet de fleste rettighetsbestemmelser i pasientrettighetsloven og en dobbeltregulering av rettighetene kan skape uklarhet om hva som gjelder. Departementet har derfor i kapittel 7 tilrådd at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad innrettes mot en rendyrket «pliktlov» eller «tjenestelov» for kommunen. Det kan imidlertid være behov for enkelte unntak her, jf. særlig reglene om tvang som omtales i proposisjonens kapittel 36 og kapittel 37.

Dette innebærer at denne loven i utgangspunktet foreslås å være en ren pliktlov for kommunene. Pasient- og brukerrettigheter vil fremgå av pasientrettighetsloven. På samme måte som etter dagens lovgivning, er det ikke slik at en rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester også innebærer en rett til en bestemt type tjeneste som kommunen er forpliktet til å yte etter dette lovforslaget, for eksempel plass på institusjon. Dette er nærmere omtalt under punkt 29.5.2.

På grunnlag av høringsinstansenes tilbakemeldinger, foreslår departementet at pasientrettighetslovens tittel endres til «Pasient- og brukerrettighetsloven». Etter departementets syn er det et

sentralt poeng at loven også vil omfatte tjenestemottakere som ikke nødvendigvis er pasienter. Departementet er enig med høringsinstansene i at dette også bør fremgå av lovens tittel.

Med tilsvarende resonnering vil departementet foreslå at også formålsbestemmelsen i pasientrettighetsloven § 1-1 endres. Departementet er enig med høringsinstansene i at formålsbestemmelsen i pasientrettighetsloven bør være utformet slik at det klart fremgår at loven omfatter både pasienter som mottar helsehjelp og brukere som mottar omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Endringen foreslås gjort ved at det fremgår av formålsbestemmelsen at lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet, og menneskeverd.

Med støtte fra flere høringsinstanser har departementet foretatt endringer i pasientrettighetsloven slik at mange av de rettigheter som i dag gjelder for «pasienter» også skal gjelde for «brukere», se også under kapittel 30. Formålet med endringene er at den enkelte bestemmelse i pasientrettighetsloven bør være utformet slik at det klart fremgår hvem som er rettighetssubjekt. Det bør også fremgå hvilke særbestemmelser som bare skal gjelde for pasienter eller bare for brukere. For nærmere omtale av definisjonene av «pasient» og «bruker» vises det til kapittel 7.

I tillegg har departementet foreslått en definisjon av «helse- og omsorgstjenesten» i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Som følge av harmoniseringen av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven mener departementet det er et behov for å definere begrepet «helse- og omsorgstjenesten». Forslaget innebærer at den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelse-tjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester er omfattet av definisjonen. Med andre ord omfatter begrepet «helse- og omsorgstjenesten» hele sektoren, mens den «kommunale helse- og omsorgstjenesten» har et snevrere anvendelsesområde ved at den er knyttet til kommunalt nivå.

29.7 Rett til øyeblikkelig hjelp

29.7.1 Høringsinstansenes syn

Noen høringsinstanser, heriblant *Universitetet i Tromsø* mener at forslaget til ny § 2-1 a også bør regulere «øyeblikkelig omsorgs- eller sosialhjelp». I høringsuttalelsen heter det blant annet:

«Etter ordlyden i forslaget til ny § 2-1 a gjelder retten til øyeblikkelig hjelp kun helsetjenester. I høringsnotatet sies det at departementet ikke ser behov for å innføre rettighetsfesting av «øyeblikkelig omsorgs- eller sosialhjelp» (s. 264). Behov for praktisk bistand kan også oppstå plutselig, f.eks. ved omsorgsgivers sykdom, og kan være like nødvendig som helsetjenester for den enkelte, f.eks. for den som trenger kontinuerlig tilsyn for å unngå skader. Vi ber derfor departementet vurdere å lovfeste en plikt for kommunen til å yte øyeblikkelig praktisk bistand til den som har et påtrengende behov for hjelp.»

Statens helsetilsyn uttaler at det kan oppstå usikkerhet omkring retten til omsorgstjenester for å dekke akutte bistandsbehov dersom det ikke kommer frem av lovtekst eller merknader til loven at retten til nødvendig omsorgstjenester tilsier at kommunen må sikre at brukere får omsorgstjenester når behovet oppstår. Videre uttales det: «Praktisk bistand kan i noen situasjoner være like nødvendig som helsetjenester, og kan oppstå akutt, som for eksempel ved pårørendes sykdom.»

29.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Pasientens rett til øyeblikkelig hjelp følger av pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum. Bestemmelsen gjelder «helsehjelp» og motsvares ikke av noen tilsvarende bestemmelse i sosialtjenesteloven om rett til «øyeblikkelig sosialhjelp».

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre bestemmelsen i pasientrettighetsloven og så ikke behov for å innføre noen særskilt rettighetsfesting av «øyeblikkelig omsorgs- eller sosialhjelp». Noen høringsinstanser har uttrykt et annet syn og har fremmet forslag om endring av pasientrettighetsloven § 2-1a vedrørende dette.

Som nevnt under punkt 29.2 har sosialtjenesteloven ingen særlige bestemmelser om rett til eller plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Forvaltningslovens alminnelige saksbehandlingsregler tilsier imidlertid at henvendelser skal besvares uten ugrunnet opphold og at hastegrad vil være avgjørende for responstiden. I tillegg kommer det at sosialtjenesteloven § 6-2 og § 6-2 a er foreslått videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 og § 10-3. Dette er bestemmelser om tiltak, blant annet i akutte nødsituasjoner, overfor rusmiddelavhengige.

Departementet ønsker ikke at det skal oppstå usikkerhet om retten til omsorgstjenester for å dekke akutte bistandsbehov, og foreslår derfor på bakgrunn av høringsinstansenes innspill at det fremgår av pasientrettighetsloven § 2-1 a første ledd at pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen. Rettighetsbestemmelsen korresponderer med kommunens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp etter forslag til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5, og vil gjelde ved omsorgsbehov som oppstår akutt, for eksempel ved pårørendes sykdom eller akutt endring av brukers behov.

Dagens pasientrettighetslov § 2-1 regulerer rettighetene både overfor kommunehelsetjenesten (første, tredje og sjette ledd) og overfor spesialisthelsetjenesten (første ledd første punktum, og andre til syvende ledd). For å tydeliggjøre den enkeltes rettigheter foreslår departementet å dele opp dagens § 2-1 i to bestemmelser, hvoretter § 2-1 a skal gjelde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens § 2-1 b foreslås å gjelde for spesialisthelsetjenesten. I samsvar med dette foreslår departementet at den enkelte pasients og brukers rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen inntas som første ledd i § 2-1 a.

29.8 Barns rett til helsekontroll

29.8.1 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet og *Norsk Sykepleierforbund (NSF)* støtter forslaget om at kommunehelsetjenesteloven § 2-2 om barns rett til helsekontroll, samt foreldrenes plikt til å medvirke til at barnet kommer til helsekontroll blir videreført i pasientrettighetsloven § 6-1. Begge høringsinstansene etterlyser imidlertid at det ikke er sanksjonsmuligheter når foreldrene unnlater å møte til helsekontroll med barnet. NSF uttaler blant annet:

«NSF er tilfreds med at dagens bestemmelse videreføres og tilføyes foreldres plikt til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll. Vi etterlyser imidlertid en bestemmelse om sanksjonsmuligheter i de tilfeller hvor foreldre unnlater å møte til helsekontroll med barnet. Pr. i dag kan ikke helsestasjonen kreve bekreftelse på om foreldrene har foretatt helsekontroll andre steder, og har dermed begrenset mulighet for å vurdere behov for en evt. bekymringsmelding til barnevernet. På denne måten vet vi at særlig utsatte barn er i større risiko for å falle ut av oppfølgingssystemet. Vi ønsker derfor at dette utdypes i forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.»

29.8.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet viser til at det av forslaget til kommunal helse- og omsorgstjenestelov følger at kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder også nødvendige helse- og omsorgstjenester for barn og unge. Det vil således ikke være behov for å videreføre dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven 2-2 første ledd, idet barns rett til helsekontroll allerede vil være dekket opp i pasientrettighetsloven § 6-1.

Kommunehelsetjenesteloven 2-2 andre ledd om foreldrenes medvirkningsplikt motsvares imidlertid ikke av noen korresponderende bestemmelse i pasientrettighetsloven kapittel 6. Som nevnt innledningsvis innebærer bestemmelsen at helsetjenesten kan pålegge foreldrene å medvirke til at barnet får helsekontroll. Et slikt pålegg vil være et enkeltvedtak som kan være gjenstand for klage. Helsetjenesten har imidlertid ingen sanksjonsmuligheter dersom foreldrene ikke følger opp denne bistandsplikten.

Departementet forslag vil innebære en videreføring av gjeldende rett, og inneholder ingen endringer i forhold til de vurderinger som ble lagt til grunn da kommunehelsetjenesteloven § 2-2 ble vedtatt. Departementets forslag inneholder intet nytt med hensyn til sanksjonsmuligheter overfor foreldre som ikke medvirker, men departementet vil understreke at helsetjenesten må vurdere om barnevernet skal underrettes dersom det er grunnlag for det, jf. barnevernloven kapittel 6 om opplysningsrett og kapittel 4 om særlige tiltak. Det vises forøvrig til helsepersonellovens bestemmelser om opplysningsplikt og opplysningsrett som er nærmere omtalt i proposisjonens kapittel 10.

Departementet ønsker å videreføre bestemmelsen og foreslår å endre pasientrettighetsloven § 6-1 slik at denne samsvarer med dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven 2-2 andre ledd. Bestemmelsen skal verne barn og sikre dem nødvendig helsetjeneste og bør derfor videreføres. Departementet ser imidlertid at det kan diskuteres hvorvidt en slik bestemmelse passer inn i pasientrettighetsloven, idet man her pålegger foreldre en *plikt*. På den annen side vil en videreføring av bestemmelsen ikke passe inn i forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, idet man her i hovedsak regulerer kommunens plikter, og ikke den enkelte pasients, brukers eller pårørendes plikter.

Departementet foreslår derfor at bestemmelsen videreføres som nytt andre ledd i pasientrettighetsloven § 6-1.

29.9 Rett til verdig tjenestetilbud

29.9.1 Høringsinstansenes syn

Når det gjelder departementets forslag om å presisere forsvarlighetskravet gjennom begrepet «verdige tjenestetilbud» etterlyser flere høringsinstanser en nærmere definisjon av begrepet «verdighet». *Fylkesmannen i Finnmark* mener at:

«(...) begrepet verdighet kan være vanskelig å beskrive som en entydig norm. Oppfatningen av hva som er verdig kan variere fra person til person, ut fra forskjeller i eksempelvis alder, kultur og sosial bakgrunn. For Fylkesmannen i Finnmark er den samiske dimensjonen ved dette spesielt viktig å ivareta. I en rolle som klageinstans og tilsynsmyndighet vil det derfor kunne bli en utfordring i det enkelte tilfelle å fastslå når et tjenestetilbud er uverdige.»

Andre instanser fremhever denne presiseringen som positiv. *Hesledirektoratet* finner det positivt at enkelte av elementene i forsvarlighetskravet presiseres – herunder at det stilles krav til helhetlige, integrerte og verdige tjenestetilbud og uttaler:

«Direktoratet mener at nevnte presiseringer allerede ligger implisitt i forsvarlighetsbegrepet, men finner det hensiktsmessig at disse elementene tydelig fremheves som egenskaper ved forsvarlighet i tjenesten.»

På samme måte viser *Universitetet i Tromsø, juridisk fakultet* til at innføringen av begrepet verdighet kan ses på som en utdyping av forsvarlighetskravets etiske element. Endelig er *Pensjonistuniversitetet i Ålesund* opptatt av at verdighetsgarantien må sikres økonomisk.

29.9.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet sendte juni 2009 et forslag om endringer i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 om rett til helsehjelp på høring. Departementet foreslo å presisere innholdet i begrepet nødvendig helsehjelp ved å fremheve begrepet verdighet som et grunnleggende element i helsetjenesten. Bakgrunnen for forslaget var at det i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2008 ble inngått en avtale mellom Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Venstre om Omsorgsplan 2015. I avtalen heter det blant annet at partene er enige om at det

«i arbeidet med en felles helse- og sosiallovgivning, skal utformes en verdighetsgaranti som blant annet hensyntar forslagene i Dok 8:104 om en verdighetsgaranti og kvalitetsforskriften, herunder dagtilbud, måltider osv».

Gode helse- og omsorgstjenester handler ikke bare om tilgang til tjenester, innhold og omfang, men også om at tjenestene henger sammen på en forsvarlig og god måte. Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene har stor oppmerksomhet rettet mot pleie- og omsorgstjenestene. Mange virksomheter leverer tjenester med god kvalitet, men det er fortsatt mye ugjørt og tilsynet rapporterer om gjentakende svikt i tjenestene.

Kommunens forpliktelse blir etter lovens system utløst av pasientens hjelpebehov. Det har vært en utvikling av rettighetstenkning og krav til brukermedvirkning innen helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen har gått fra å betrakte brukeren som en passiv mottaker av tjenester, til å legge til rette for at brukeren er en aktiv, medvirkende mottaker av helse- og omsorgstjenester. Denne utviklingen gir mindre rom for standardiserte løsninger. Det stilles større krav til kommunene om å organisere sine tjenester tilrettelagt for individuelle løsninger ut fra den enkeltes grunnleggende behov.

Under høringsrunden var høringsinstansene gjennomgående positive til intensjonene i forslaget. En rekke høringsinstanser var imidlertid av den oppfatning at de forslagene som ble fremlagt i høringsnotatet allerede kan utledes av dagens forsvarlighetskrav og krav til kvalitet i tjenesten som kan utledes av kommunehelsetjenesteloven.

Departementet vil i denne sammenheng vise til at kravet til forsvarlighet innenfor helse- og omsorgstjenesten har utviklet seg over tid. Den utvikling det er redegjort for ovenfor har også påvirket forståelsen av innholdet i forsvarlighetskravet. Et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, vil heller ikke kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud. Departementet deler derfor høringsinstansenes oppfatning om at kravet til et verdig tjenestetilbud allerede i dag kan innfortolkes i dagens forsvarlighetskrav.

Ved å fremheve begrepet verdighet tydeliggjøres at dette er et grunnleggende element i en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste, eller som *Universitetet i Tromsø* formulerer det; en utdyping av forsvarlighetskravets etiske element. Forslaget innebærer en videreføring av dagens omfang av oppgaver og plikter for kommunene. Det er på denne bakgrunn departementet foreslår en presisering i pasientrettighetsloven hvor det fremgår at

enhver har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med forslaget til forsvarlighetsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Henvisningen til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 er foretatt for å vise at retten til et verdig tjenestetilbud faller inn under – og er en del av – det generelle forvarlighetskravet.

Gjennom de siste tiårene har den kommunale pleie- og omsorgstjeneste fått nye og yngre brukergrupper. Dette har satt et tydelig preg på utviklingen av tilbudet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Samtidig vil antallet eldre stige i årene fremover. Det er også nødvendig å sikre et tjenestetilbud som er tilpasset den demografiske utviklingen. Tilliten til eldreomsorgen er avhengig av at det sikres et tjenestetilbud basert på at den enkelte skal få en verdig alderdom og gis muligheter til en livsutfoldelse i samsvar med den enkeltes muligheter og grunnleggende behov.

Ved Kongelig resolusjon av 12. november 2010 ble på denne bakgrunn forskrift om en verdig eldreomsorg fastsatt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a og sosialtjenesteloven § 4-6. Forskriften vil bidra til å sikre en riktig prioritering av innsatsen i omsorgstjenesten slik at eldre ikke kommer uheldig ut i forhold til den generelle innsatsen i pleie- og omsorgstjenestene. På denne måten vil verdighetsgarantien sikre grunnlaget for et godt tjenestetilbud for den eldre befolkningen i kommunen.

Forskriften gir et nærmere innhold i begrepet «verdige tjenestetilbud», ved å angi en rekke hensyn som tjenestetilbudet må legge til rette for. Forskriften stadfester de mål Regjeringen har satt seg gjennom Omsorgsplan 2015 og oppfyller forpliktelsen om en verdighetsgaranti i tråd med avtalen mellom regjeringspartiene, KrF og Venstre fra 2007 om konkretiseringer av Omsorgsplan 2015.

Departementet deler synspunktet til *Pensjonistuniversitetet i Ålesund* knyttet til utfordringen å sette kommunene økonomisk i stand til å yte forsvarlige tjenester. Regjeringens målsettinger om 12 000 nye årsverk i omsorgstjenesten, 12 000 hel-døgns omsorgsplasser, fortsatt innsats knyttet til rekruttering og kompetanse, samt gjennomføring av Demensplan 2015 står derfor fast.

Antallet personer med demens er ventet å øke fra om lag 67 000 i dag til om lag 133 000 i 2040, dvs. en fordobling. Medregnet pårørende er minst 250 000 personer i dag berørt. Om lag 50 pst. av alle med demens bor utenfor institusjon, mens kun 6,5 pst. av hjemmeboende med demens har et dagtilbud. Godt utbygde dagaktivitetstilbud

sammen med hjemmetjenester kan utsette institusjonsinnleggelse. Regjeringen vil derfor styrke innsatsen for demente gjennom oppfølgingen av Demensplan 2015. Midler til videre utbygging av dagaktivitetstilbud i kommunene vurderes i budsjettproposisjonene for det enkelte år. Regjeringen har som mål å innføre en lovfestet plikt til å tilby dagtilbud til demente når tilbudet er bygget videre ut. Saken tas opp i konsultasjonsordningen med Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS).

Regjeringen vil sikre full sykehjemsdekning innen 2015 ved at alle som trenger sykehjemsplass eller omsorgsbolig skal få dette. Regjeringen vil gi tilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015 for å sikre nok kapasitet, og utvide rammene ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det. Rammene for det enkelte år vil fremgå av de årlige budsjettforslagene. For å sikre at alle kommuner som har behov for å bygge flere heldøgns omsorgsplasser får mulighet til det, vil Regjeringen endre investeringsordningen for sykehjem og heldøgns omsorgsplasser ved at fylkesmennes behovsprioriteringer av hvilke kommuner som skal få tilskudd avvikles. Samtidig oppheves fordelingen av tilsagnsrammer på Husbankregioner og fylker. I tillegg til dette, legger Regjeringen forholdene til rette for at kommunene kan samarbeide med private aktører ved disse investeringene når dette er hensiktsmessig. Regjeringen vil følge utviklingen og vurdere eventuelle tiltak dersom det på denne bakgrunn skulle oppstå store ulikheter i heldøgnsstilbudet i kommunene. Kommunene vil fremdeles måtte søke Husbanken om tilskudd, og søknadene bli vurdert ut fra det regelverk og de kriterier som foreligger for tilskuddet, blant annet kravet om heldøgnsstilbud og universell utforming. For å legge til rette for en fortsatt sterk kommunal satsing på utbygging og fornyelse av sektoren, vil Regjeringen gi kommunene mulighet for tilsagn til 2 000 heldøgns omsorgsplasser i 2011.

Regjeringen har også lagt frem forslag om å øke den statlige tilskuddsandelen per boenhet fra i snitt 25 pst. til i snitt 35 pst. Dagens modell hvor tilskudd til sykehjemsplasser er høyere enn tilskudd til heldøgns omsorgsboliger opprettholdes både fordi det er dyrere å bygge en sykehjemsplass, men også fordi fortsatt er ønskelig med høy oppmerksomhet på sykehjemsutbyggingen. Kommuner som allerede har fått tilsagn om tilskudd skal ikke komme dårlig ut. Derfor gis endringene tilbakevirkende kraft.

29.10 Rettigheter under opphold i institusjon

29.10.1 Høringsinstansenes syn

Flere instanser, heriblant *Statens helsetilsyn*, *Fylkesmannen i Troms*, *Oslo kommune* og *Gatejuristen* støtter ikke forslaget om at sosialtjenesteloven § 7-11 ikke videreføres i lovgivningen. I følge disse instansene er det fremdeles behov for bestemmelsen. Statens helsetilsyn uttaler:

«I høringsnotatet foreslås det at sosialtjenesteloven § 7-11 fjernes. Denne bestemmelsen sikrer rusmiddelmissbrukeres rettigheter under opphold på omsorgs- og behandlingstjenestestrukturer og begrenser bruk av tvang og makt. Dette vil føre til mangelfullt rettsvern for rusmiddelmissbrukere under opphold i kommunale institusjoner og i spesialisthelsetjenestens tverrfaglige institusjoner der opphold reguleres i henhold til denne bestemmelsen jf. spesialisthelsetjenestens § 3-14 annet ledd. Det er ikke foreslått endringer i bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven. Fjernes § 7-11 skapes det et tomt rettsområde på et tjenestoområde som sterkt berører personlig integritet og autonomi, og som er av stor betydning for rusmiddelmissbrukeres rettsikkerhet enten det gjelder kommunale omsorgsinstitusjoner eller døgninstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten.

Bestemmelsen bør etter vår mening videreføres i ny lovgivning fram til evt. endringsforslag kan fremlegges. Tilsvarende må henvisningen til § 7-11 i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 annet ledd endres.»

I uttalelsen fra Fylkesmannen i Troms heter det:

«Inntil videre bør en lignende bestemmelse videreføres. Den bør imidlertid etter hvert gjennomgås og justeres, slik at den ivaretar de beboere og situasjoner som ikke reguleres ellers i lovverket.

Vi nevner også at spesialisthelsetjenesteloven fremdeles henviser til sosialtjenesteloven § 7-11. I spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 første og annet ledd heter det: «Er en person plassert i en institusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a eller 6-3, kan institusjonen begrense adgangen til å forlate institusjonen i den utstrekning det er nødvendig etter vedtakets formål. Bestemmelsene i sosialtjenesteloven § 7-11 og bestemmelser gitt i medhold av

disse, gjelder tilsvarende for tjenester som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.»

Vi kan ikke se at høringsnotatet berører hvilke konsekvenser det får for spesialisthelse-tjenesteloven at sosialtjenesteloven § 7-11 ikke videreføres.»

Oslo kommune uttaler:

«Oslo kommune finner det uheldig at sosialtjenesteloven § 7-11 ikke foreslås videreført. I institusjoner med rusfritt mandat vil det kunne være behov for ransaking etter illegale rusmidler. Det bør sikres en praksis hvor dette foregår forsvarlig, med klageadgang, protokollføring med mer, og som det kan føres tilsyn med. Høringsnotatet fremmer økte brukerrettigheter, men bortfall av § 7-11 vil svekke brukersikkerhet og rettigheter.»

29.10.2 Departementets vurderinger og forslag

Som nevnt i punkt 29.3.3 er det i sosialtjenesteloven § 7-11 gitt egne bestemmelser om rettigheter under opphold i institusjon eller bolig med hel-døgns omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 7. Bestemmelsen inneholder både bestemmelser om den enkeltes rettigheter til privatliv og selvbestemmelsesrett og bestemmelser om tvangsbruk/sikringstiltak. Med hjemmel i bestemmelsen er det gitt forskrift om beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelbrukere, jf. forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. kapittel 5.

I høringsnotatet foreslo departementet at bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 7-11 ikke skulle videreføres. Departementet viste i den forbindelse til at det er gitt detaljerte regler i sosialtjenesteloven kapittel 4A om rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming, jf. lovforslagets kapittel 9. Departementet viste videre til at det nylig er vedtatt regler i pasientrettighetsloven kapittel 4A om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

På grunnlag av høringsinstansenes uttalelser, vurderer departementet nå at bestemmelsene i sosialtjenesteloven § 7-11 bør videreføres i en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-6, og at henvisningen inntatt i spesialisthelse-tjenesteloven § 3-14 endres i tråd med dette.

I vurderingen har departementet særlig sett hen til at bestemmelsen gjelder på et tjenesteområde som sterkt berører personlig integritet og

autonomi og at bestemmelsen bidrar til vern av rusmiddelavhengiges rettigheter under opphold i omsorgs- og helseinstitusjoner.

29.11 Særlig om rusmiddelavhengiges rettigheter

29.11.1 Høringsinstansenes syn

Gatejuristen uttrykker at rettighetene til de rusavhengige ikke fremstår som klare i forslaget.

Statens helsetilsyn uttaler seg positivt til at rusmiddelavhengige har rett til alle typer tjenester som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven. Samtidig mener tilsynet at «det bør gjøres tydelig i merknader til loven at tjenestene må innrettes slik at også rusmiddelmissbrukere tilbys forsvarlig omsorg». I høringsuttalelsen fra Statens helsetilsyn heter det videre:

«Erfaringer fra tilsyn med rusmiddeltiltak viser at tilbud til denne gruppen ofte er organisert som en egen tjeneste og at det alminnelige tjenesteapparatet ikke er innrettet for denne gruppen, verken materielt eller i forhold til fagkunnskap. I det nye lovforslaget forsvinner særlige tiltak for rusmiddelmissbrukere, og det bør gjøres tydelig i merknader til loven at tjenestene må innrettes slik at også rusmiddelmissbrukere tilbys forsvarlig omsorg. Det samme gjelder hva som utløser rett til tjenester for disse brukerne. Særlig er det nødvendig at det tydeliggjøres at «nødvendig bistand» for rusmiddelmissbrukere kan være bistand til å øke boevne, egen omsorg og deltakelse i sosiale sammenhenger. I dag synes det som utløser rett til tjenester til å være preget av kommunens frie skjønn.»

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet er også positive til at rusmiddelavhengige vil ha rett til alle typer tjenester som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven. Direktoratet er også av den oppfatning at det bør gjøres tydelig i merknader til loven at tjenestene må innrettes slik at også rusmiddelavhengige tilbys forsvarlig omsorg, og hva som utløser rett til tjenester for disse brukerne.

29.11.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet legger til grunn at kommunene også i dag har et ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til mennesker med

rusrelaterte problemer og i forhold til konsekvenser av rusmiddelproblemene hos den enkelte og deres pårørende. Lovforslaget § 3-1 første ledd og § 3-2 første ledd nr. 1 til nr. 6 vil imidlertid innebære en bedre synliggjøring av gjeldende rett idet både helsetjenester og omsorgstjenester uttrykkelig omtales i samme bestemmelse.

Det er videre presisert i lovforslaget § 3-1 andre ledd at tjenester etter loven omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder også personer med rusmiddelproblem. Departementet vil særlig peke på at forsvarlig oppfølging av personer med kombinasjon av ruslidelser og andre

lidelser ofte vil nødvendiggjøre samhandling mellom ulike tjenester og at disse tjenestene fremstår som helhetlige og sammenhengende. Ofte vil pasienter og brukere med en slik kombinasjon av problemer kunne ha behov for en fleksibel, individualisert tilpasset og langsiktig oppfølging. Aktuelle tiltak kan blant annet omfatte tiltak som sikrer bolig, sosiale relasjoner og meningsfylt aktivitet. Når det gjelder andre særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige, herunder bruk av tvang, vises det til nærmere omtale i proposisjonens kapittel 37.

30 Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – prosessuelle rettigheter

30.1 Innledning

Kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven gir den enkelte pasient og bruker materielle og prosessuelle rettigheter. I kapittel 29 er de materielle rettighetene behandlet. De prosessuelle rettighetene vil bli behandlet i kapitlet her, i kapittel 11 om forholdet til forvaltningsloven, kapittel 31 om individuell plan og kapittel 34 om klageordning. Prosessuelle rettigheter fungerer som rettssikkerhetsgarantier, der formålet i første rekke er å sikre at pasient og bruker får nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

30.2 Gjeldende rett

30.2.1 Rett til medvirkning

I de senere år har ønsket om økt brukermedvirkning og individuell tilpassing av tjenester stått sentralt i offentlige dokumenter og i tjenesteutviklingen i kommunene. Retten til medvirkning bygger på respekt for den enkeltes autonomi og integritet og er en forutsetning for tjenester tilpasset den enkeltes behov. Medvirkning innebærer at pasienten får anledning til å gi uttrykk for sitt syn, og at synet tillegges vekt ved utforming og gjennomføring av tjenester. Retten til medvirkning henger nært sammen med retten til informasjon og samtykke. En rekke tiltak i de senere år har lagt til rette for økt brukermedvirkning. I pasientrettighetsloven er regler om pasientens rett til medvirkning gitt i § 3-1. Etter bestemmelsens første ledd har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det er opp til pasienten å avgjøre i hvilken grad vedkommende ønsker å benytte medvirkningsretten. Graden av medvirkning må tilpasses den enkeltes individuelle forutsetninger. Det er presisert at dersom pasienten ønsker at andre skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøte-

kommes så langt som mulig, jf. bestemmelsens tredje ledd. For de tilfeller pasienten ikke har samtykkekompetanse, er det i andre ledd bestemt at pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienten.

Sosialtjenesteloven § 8-4 bestemmer at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener. Plikten til å rådføre seg med klienten etter sosialtjenesteloven gjelder utformingen av tjenestetilbudet og gir derfor ikke tjenestemottageren rett til selv å bestemme hjelpeform. Forvaltningsloven gjelder for tjenester omfattet av sosialtjenesteloven, jf. loven § 8-1. Den enkelte tjenestemottagers rett til å medvirke vil således også følge av forvaltningslovens regler om saksforberedelse av enkeltvedtak hvor partene gis rett til å øve innflytelse på vedtaket, se særlig forvaltningsloven §§ 16 og 17. Den enkelte brukers rett til medvirkning er også omtalt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, som gjelder når det ytes tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Etter forskriften § 3 skal kommunen etablere et system av prosedyrer som søker å sikre blant annet at den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenester.

30.2.2 Rett til informasjon

Rett til informasjon om forhold som angår en selv, er sentralt for å kunne ivareta autonomi og integritet. Også hensynet til pasientens muligheter for å kunne ivareta egne rettigheter tilsier at vedkommende skal ha adgang til opplysninger om egen situasjon og om den hjelp som ytes. Informasjon er av stor betydning for den enkeltes mulighet for å planlegge eget liv og for å forutberegne sin rettsstilling. Informasjon er videre avgjørende for at den enkelte kan medvirke og samtykke til tjenestetypingen.

Informasjon, råd og veiledning overfor den enkelte pasient er viktig i konkrete behandlingssituasjoner mellom pasient og behandler, men også

i situasjoner hvor det søkes om tildeling av helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Regler om pasienters rett til informasjon er gitt i pasientrettighetsloven §§ 3-2 til 3-5. Hovedregelen etter § 3-2 er at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette omfatter alle former for helsehjelp. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende og informasjon når pasienten er mindreårig er regulert i §§ 3-3 og 3-4. Informasjonen skal etter § 3-5 være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Opplysninger om den informasjon som er gitt skal nedtegnes i pasientens journal. Pasienten skal få informasjonen automatisk og uten å be om det fra det helsepersonell som yter helsehjelpen, jf. helsepersonelloven § 10. Journalinnsyn etter helsepersonelloven § 41 og pasientrettighetsloven § 5-1 sikrer pasienten tilgang til en viktig informasjonskilde om seg og sin tilstand.

I tillegg til at den enkelte pasient har rett til informasjon fra kommunens helsetjeneste og helsepersonell i forbindelse med ytelse av konkrete helsetjenester, har kommunen også en generell informasjonsplikt overfor allmennheten etter sosialtjenesteloven § 3-5 og kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav d.

Sosialtjenestens plikt til å gi *individuell* opplysning, råd og veiledning er regulert i § 4-1. Siktemålet med denne bestemmelsen er ikke bare å løse eksisterende problemer, men også å søke å forebygge at problemer oppstår. Bestemmelsen omfatter alt fra rutinemessig henvisning til andre instanser til personlig råd og veiledning og familiebehandling. Informasjon, råd og veiledning overfor den enkelte tjenestemottaker er viktig på alle stadier av søknadsprosessen, tildeling og gjennomføring av tjenester. Den alminnelige veiledningsplikten i forvaltningsloven § 11 og bestemmelsene om forhåndsvarsling, forvaltningsorganets utrednings- og informasjonsplikt og rett til partsinnsyn i samme lov §§ 16 – 18 gjelder også for sosiale tjenester. Det er i tillegg gitt regler om rett til innsyn og informasjonsplikt i personopplysningsloven §§ 18 flg. Kommunen har også en *generell* informasjonsplikt overfor allmennheten etter sosialtjenesteloven § 3-5.

30.2.3 Rett til samtykke

Regler om samtykke til helsehjelp er gitt i pasientrettighetsloven kapittel 4. Hovedregel om samtykke er gitt i § 4-1, der det fremgår at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig

rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Videre er det bestemt at pasienten må ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen for at samtykket skal være gyldig. I kapitlet er det også gitt regler om krav til samtykkets form, jf. § 4-2. Hvem som har samtykkekompetanse fremgår av § 4-3. I de tilfeller pasienten selv ikke har samtykkekompetanse er det gitt regler om samtykke på vegne av barn i § 4-4, ungdom som ikke har samtykkekompetanse i § 4-5, myndige som ikke har samtykkekompetanse i § 4-6 og umyndiggjorte i § 4-7. I tillegg har pasientrettighetsloven et eget kapittel 4A som regulerer helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.

Som hovedregel kreves også samtykke for å yte tjenester etter sosialtjenesteloven. Bruk av tvang er særskilt hjemlet i kapitlene 4a og 6.

30.2.4 Rett til å stå på liste hos fastlege

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a regulerer pasientrettigheter i fastlegeordningen. Av bestemmelsens første ledd fremgår at enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden. Personer som står på fastleges liste, har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale, jf. § 2-1 a andre ledd. Med hjemmel i bestemmelsens fjerde ledd har departementet gitt nærmere regler om gjennomføring og utfylling av pasientrettighetene i fastlegeordningen, jf. forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene. Departementet viser til proposisjonens kapittel 19 for nærmere redegjørelse for fastlegeordningen, herunder fastlegenes og kommunens plikter og pasientenes rettigheter.

30.2.5 Andre prosessuelle rettigheter

Pasientens rett til innsyn, retting og sletting i journal er regulert i pasientrettighetsloven §§ 5-1 og 5-2. I kapittel 10 er det redegjort for helsepersonellovens regler om dokumentasjonsplikt, innsyn og vedlikehold av journal. Forvaltningslovens regler, blant annet bestemmelser om enkeltvedtak, gjelder for vedtak om hjemmesykepleie, vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie og tildeling av tjenester etter sosialtjenesteloven. Forholdet til forvaltningsloven er omtalt under kapittel 11. I kapittel 31 er det redegjort

for reglene om pasienters rett til individuell plan. Retten til å klage er omtalt i kapittel 34 om klageordning.

Etter sosialtjenesteloven § 8-3 første ledd skal barn under 18 år tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det. Etter bestemmelsens andre ledd kan et barn opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelavhengige under 18 år, skal barnet alltid regnes som part. Bestemmelsen er særlig ment for de situasjonene hvor det vurderes tvangstiltak etter sosialtjenesteloven kapitler 4A og 6. Bestemmelsen kan imidlertid også være relevant ved andre tiltak etter sosialtjenesteloven, for eksempel tildeling av støttekontakt.

Av sosialtjenesteloven § 4-4 følger at «(...) de som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at sosialtjenesten treffer vedtak om det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i». Bestemmelsen gir i seg selv ingen materiell rett til tjenester, men gir en rett til vedtak som gir svar på om det skal settes inn hjelp og i tilfelle hvilke tiltak.

30.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

Berntutvalget foreslo i NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten* en egen bestemmelse om at den som har særlig tyngende omsorgsarbeid skulle ha krav på at det settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, som for eksempel avlastning og omsorgslønn.

Utvalget mente det ville være viktig å videreføre og styrke prinsippet om tjenestemottakers medvirkning, og foreslo derfor å lovfeste at tjenestetilbudet skulle bygge på medvirkning fra tjenestemottakeren.

Utvalget foreslo videre at det ble lovfestet at den enkelte skulle ha krav på opplysning, råd og veiledning som kunne hjelpe vedkommende til å forbygge eller avhjelpe sosiale og helsemessige problemer.

Etter utvalgets oppfatning var det ikke grunn til å ha ulike regler om samtykke for sosial- og helsetjenester, og utvalget understreket behovet for å ha klare regler om krav til samtykke. Utvalget foreslo særskilte regler om krav til samtykke, samtykkekompetanse og tjenester til tjenestemottaker hvis det ikke forelå gyldig samtykke. Forslaget bygget på kapittel 4 i pasientrettighetsloven, men med visse endringer.

Wisløffutvalget foreslo i NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste* flere enkeltstående tiltak rettet mot å styrke pasientens stilling i helsetjenesten, og da spesielt pasientens muligheter til å fremme krav om, bidra til og dra nytte av bedre samhandling i helsetjenesten. Utvalget la vekt på at tjenesteytere må legge pasientperspektivet til grunn for sitt arbeid og legge til rette for medvirkning fra brukeren.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* kapittel 15 om krav til ledelse og organisering, er det om behovet for mer systematisk organisering av brukermedvirkning blant annet uttalt:

«En av hovedkonklusjonene i reformarbeidet er behovet for å understøtte brukernes evne til å mestre egen helse. Det kan bare gjøres gjennom aktiv deltakelse fra brukerne selv, både på systemnivå i arbeidet med å organisere tilbud, og på individnivå, gjennom måten den enkelte gis mulighet til individuell tilpassning av tilbudet. Erfaringene fra organisering av brukerutvalg i helseforetakene har gitt brukerne medinnflytelse på systemnivå som det er nødvendig å utvikle også i kommunene.»

Stortingsmeldingen inneholder også en rekke vurderinger av dagens ordning med individuell plan og behovet for å styrke det koordinerende arbeidet i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Departementet viser til proposisjonens kapittel 22 og 23 hvor det er redegjort nærmere for dette.

30.4 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å endre pasientrettighetsloven slik at retten til medvirkning, informasjon og samtykke skulle gjelde både for pasienter og brukere av tjenester etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det samme ble foreslått for bestemmelsene om rett til journalinnsyn.

Departementet foreslo videre å flytte den enkeltes *rett* til fastlege etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a til pasientrettighetsloven. Kommunens *plikter* knyttet til ordningen ble foreslått lovfestet i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Sosialtjenesteloven § 8-3 regulerer barns partsrettigheter under saksbehandlingen. I høringsnotatet la departementet til grunn at pasientrettighetslovens bestemmelser om medvirkning, informasjon og samtykke i tilstrekkelig grad ivaretok barnas rettigheter etter sosialtjeneste-

loven § 8-3 første ledd. Det samme var ikke tilfellet for sosialtjenesteloven § 8-3 andre ledd. Departementet foreslo derfor at det i ny § 6-5 i pasientrettighetsloven skulle fremgå at et barn kan oppføre seg som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. Departementet foreslo at barnet alltid skal regnes som part i en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelavhengige under 18 år, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 10.

Departementet foreslo dessuten å videreføre retten til å kreve at kommunen treffer vedtak om iverksetting av tiltak for de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid, jf. sosialtjenesteloven § 4-4.

30.5 Høringsinstansenes syn

Flere av høringsinstansene har i sine svar ikke sondret mellom kommentarer knyttet til materielle og prosessuelle rettigheter. Det vises i den sammenheng til oppsummeringen av høringssvarene i kapittel 30. Dette gjelder både positive og negative tilbakemeldinger.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Rådet for funksjonshemmede i Tromsø kommune og i Oslo kommune, Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE) og Norges Blindeforbund har uttalt at rettssikkerheten svekkes gjennom flere av forslagene.

Statens helsetilsyn har i sin høringsuttalelse påpekt at det er uklare grenser mellom bruker og pasient i forslaget til endringer i pasientrettighetsloven og at dette gjør loven utilgjengelig for pasientrettighetslovens målgrupper.

Flekkefjord kommune er positiv til harmoniseringen av lovverket og «(...) stiller seg bak forslagene til harmonisering av prosessuelle rettigheter gjennom at det i pasientrettighetsloven presiseres at rett til medvirkning og informasjon, rett til samtykke og rett til journalinnsyn skal gjelde både for helse- og omsorgstjenester etter ny lov».

Noen av høringsinstansene mener at forslaget innebærer en svekkelse av brukerens rett til medvirkning i forhold til dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 8-4. Dette synspunktet deles av blant annet *Rådet for funksjonshemmede i Oslo og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet*.

Flere av høringsinstansene, heriblant *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Fagforbundet, Statens helsetilsyn og Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP Helseregion Øst og Sør)* mener at rett til medvirkning bør styrkes i forhold til forslaget.

Statens helsetilsyn uttaler:

«Vi kan ikke se at dagens bestemmelser om retten til å delta i utformingen av tjenestetilbudet og plikten til å legge vekt på hva brukeren mener, kan leses direkte ut av bestemmelsenes ordlyd selv om det tas inn en passus om at den gjelder både for pasienter og brukere. Vi foreslår at bestemmelsen i dagens sosialtjenestelov § 8-4 om at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, settes inn som egen bestemmelse i pasientrettighetsloven kapittel 3, og at den omfatter både brukere og pasienter som mottar omsorgstjenester.»

Fylkesmannen i Troms viser til at medvirkning og informasjon også har betydning i forhold til saksbehandlingen. Det vises i den forbindelse til sosialtjenesteloven § 8-5 første ledd som sier at opplysninger, så langt som mulig, skal innhentes i samarbeid med klienten eller slik at klienten har kjennskap til innhenting. *Fylkesmannen i Troms* uttaler videre:

«Det kan hevdes at tilsvarende hensyn ivaretas gjennom god forvaltningsskikk, forvaltningsloven og regelverket på helse- og omsorgsområdet ellers. Vår erfaring har likevel vært at dette har vært viktige bestemmelser for å understreke kommunens ansvar for å involvere den enkelte i forbindelse med saksbehandlingen og valg av hjelpeform. Vi har ikke funnet at bestemmelsene er omtalt i høringsnotatet. Vi mener at lignende formuleringer bør med i lovforslagene, jf. forslagets § 9-3 første ledd.»

Statens helsetilsyn uttaler at det ikke kan se at barns rett til å bli hørt, slik den fremkommer i sosialtjenesteloven § 8-3, blir tilstrekkelig ivaretatt i høringsutkastets forslag til pasientrettighetsloven § 4-4 og uttaler:

«I disse bestemmelsene er det de med foreldreansvaret som skal høre barnets mening før de fattar sine beslutninger. Etter sosialtjenesteloven har barnet rett til å bidra under saksbehandlingen ut fra modenhet og sakens art. Det vil si at det er saksbehandlere som utreder og beslutter hvilke tjenester som skal gis og innholdet i disse, som skal høre barnets mening. Dette samsvarer med barnekonvensjonens artikkel 12 som er inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettighetsloven, og som gir barnet en direkte rett til å uttrykke egne synspunk-

ter overfor offentlige myndighetsorganer som skal fatte beslutninger som berører barnet. FNs barnekomité har også understreket statens plikt til å gjøre barn oppmerksomme på rettighetene i artikkel 12. Slik de er formulert i pasientrettighetsloven § 4-4, er denne plikten ikke oppfylt.»

Statens helsetilsyn har videre gitt støtte til forslaget om gjennomgående tekniske endringer i kapittel 4, slik at rettigheter som i dag gjelder for pasienter også skal gjelde for brukere.

30.6 Departementets vurderinger og forslag

30.6.1 Rett til medvirkning og informasjon

Rett til medvirkning og informasjon er grunnleggende pasient- og brukerrettigheter. For helse-tjenester er disse rettighetene ivaretatt i pasientrettighetsloven. Departementet har vurdert om bestemmelsene om rett til medvirkning og informasjon i pasientrettighetsloven kapittel 3 også bør gjøres gjeldende for brukere med behov for tjenester etter dagens sosialtjenestelov.

Mottakere av sosiale tjenester har så langt det er mulig rett til å medvirke ved utforming av tjenestetilbudet, jf. sosialtjenesteloven § 8-4. Rett til medvirkning under gjennomføring av tjenestene følger imidlertid ikke uttrykkelig av sosialtjenesteloven. En tydeliggjøring av retten til medvirkning på dette området vil, etter departementets vurdering, synliggjøre brukers stilling og bidra til å myndiggjøre brukerne. Departementet forslo derfor i høringen at det i pasientrettighetsloven § 3-1 presiseres at rett til medvirkning skal gjelde både for pasienter og brukere ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester.

Flere av høringsinstansene mener likevel at forslaget innebærer en svekkelse av brukerens rett til medvirkning dersom forslaget ikke også viderefører sosialtjenesteloven § 8-4 om at det skal legges stor vekt på hva brukeren mener. For å sikre at gjeldende rett videreføres for de tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, foreslår departementet at sosialtjenesteloven § 8-4 videreføres som et nytt andre ledd i pasientrettighetsloven § 3-1. Forslaget innebærer at det skal legges stor vekt på hva bruker og pasient mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, § 3-6 og § 3-8 og at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren.

I pasientrettighetsloven § 3-1 fjerde ledd foreslår departementet presisert at som hovedregel skal pasients og brukers ønske om at andre personer skal være tilstede når helse- og omsorgstjenester gis, imøtekommes.

Departementet foreslår at brukers rett til informasjon fremgår av ny bestemmelse i pasientrettighetsloven § 3-2 siste ledd. Etter bestemmelsen skal brukeren ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter. Bestemmelsen speiler personellens plikt til å gi informasjon etter helsepersonelloven § 10, jf. forslaget til helse- og omsorgstjenestelov § 2-1 som gir helsepersonelloven anvendelse for alt personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven. Informasjonen må være tilstrekkelig til at brukeren kan ivareta sine rettigheter, herunder bruke sin rett til medvirkning etter § 3-1.

Når det gjelder pasientrettighetsloven § 3-5 om informasjonens form, foreslår departementet at denne endres slik at bestemmelsen vil gjelde både pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester.

Enkelte av pasientrettighetslovens bestemmelser er innrettet mot og begrunnet ut fra særlige hensyn som gjør seg gjeldende ved ytelse av helsehjelp, og er ikke direkte overførbare til situasjoner der brukere mottar omsorgstjenester. Departementet har ikke grunnlag for å endre disse nå. Dette er bakgrunnen for at departementet ikke foreslår at pasientrettighetsloven §§ 3-2 første til femte ledd, 3-3 og 3-4 om informasjon til henholdsvis pasienten, nærmeste pårørende og mindreårige utvides til også å omfatte brukere av omsorgstjenester.

Sosialtjenesteloven § 8-5 første ledd er en saksbehandlingsbestemmelse som regulerer krav til samarbeid med bruker ved innhenting av opplysninger. Departementet har gjennom høringen fått forslag om at sosialtjenesteloven § 8-5 første ledd bør videreføres. Etter departementets vurdering er det ikke behov for å videreføre bestemmelsen. Etter departementets syn skal hensynet til brukerens rett til medvirkning og informasjon være godt ivaretatt, delvis gjennom forvaltningslovens bestemmelser om partsrettigheter og delvis gjennom pasientrettighetslovens kapittel 3, herunder § 3-6 om rett til vern mot spredning av opplysninger.

Departementet viser også til proposisjonens kapittel 33 der det er foreslått lovfestet at kommunen skal sørge for pasient- og brukerinnflytelse på systemnivå i forbindelse med utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

30.6.2 Barns rett til medvirkning og barnets partsrettigheter under saksbehandlingen

Departementet er enig med høringsinstansene i at foreslåtte endringer i pasientrettighetsloven ikke innebærer en fullstendig videreføring av bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 8-3 første ledd om når barn skal tas med på råd. Departementet foreslår derfor at det tas inn et nytt siste punktum i pasientrettighetsloven § 3-1 andre ledd om at et barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det. Denne konkrete rådføringsplikten skal kun gjelde ved tjenester som i dag er omfattet av sosialtjenesteloven. Dette er blant annet helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse etter ny lov § 3-2 første ledd nr. 6. Forslaget medfører derfor ingen endringer i gjeldende rett når det gjelder pasientrettighetslovens regulering av mindreårige pasienters rett til medvirkning etter § 3-1, retten til informasjon etter § 3-4 eller bestemmelsen om samtykke på vegne av barn etter § 4-4.

Sosialtjenesteloven § 8-3 andre ledd er ikke ivaretatt gjennom pasientrettighetsloven. For å videreføre gjeldende rett på dette området foreslår departementet at et barn skal kunne opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelavhengige under 18 år etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 10, foreslås det at barnet alltid skal regnes som part. Se forslag til ny bestemmelse i pasientrettighetsloven § 6-5.

30.6.3 Andre rettigheter

Etter en nærmere gjennomgang har departementet kommet til at reglene om samtykke i pasientrettighetslovens kapittel 4 henger så nært sammen med reglene om bruk av tvang i pasientrettighetsloven og reglene om tvang i forslaget til helse- og omsorgstjenesteloven at reglene bør

gjennomgå i sammenheng på et senere tidspunkt. Målet på lengre sikt er å oppnå en bedre samordning av de forskjellige tvangsreglene. Departementet vil eventuelt gjennomgå reglene om samtykke i pasientrettighetsloven i denne forbindelse.

Departementet foreslår av regeltekniske grunner at den enkeltes rett til fastlege etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a flyttes til pasientrettighetsloven § 2-1 c. Forslaget innebærer ingen utvidelse eller innskrenkning av rettigheten. Kommunens plikter knyttet til ordningen foreslås lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4. Det vises til kapittel 19 for en nærmere omtale av fastlegeordningen.

I kapittel 10 foreslår departementet at helsepersonelloven skal komme til anvendelse for alt personell som yter tjenester omfattet av forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I utgangspunktet innebærer dette at også helsepersonellovens krav til dokumentasjon vil gjelde for alt personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Sosialpersonell har allerede i dag en viss dokumentasjonsplikt og den enkelte brukeren vil i mange tilfeller ha rett til innsyn i forvaltningens dokumenter med hjemmel i forvaltningsloven. Ettersom sosialtjenester og helsetjenester foreslås regulert i en felles lov, og det foreslås å samle rettighetsbestemmelsene i pasientrettighetsloven, foreslår departementet at bestemmelsene om rett til journalinnsyn i pasientrettighetsloven kapittel 5 også bør gjøres gjeldende for mottakere av tjenester som i dag er omfattet av sosialtjenesteloven. Se forslag til endringer i pasientrettighetsloven kapittel 5 hvor det presiseres at rettighetene skal gjelde for både pasienter og brukere.

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 4-4 om at personer med særlig tyngende omsorgsarbeid kan kreve at sosialtjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i. Se forslaget til § 2-8 i pasientrettighetsloven.

31 Individuell plan – koordinator

31.1 Innledning

Individuell plan er innført som et virkemiddel for å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere. Reguleringen av ordningen i helselovgivningen og sosiallovgivningen er noe forskjellig, men det reelle innholdet er i hovedsak likt. En individuell plan gir ikke pasienten eller brukeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket, men planen vil være en viktig premiss ved tildeling av tjenester og kan bidra til å utløse nødvendig hjelp. I tillegg kan planen være viktig ved gjennomføring av hjelpen, og den gir større forutsigbarhet for pasienten eller brukeren.

31.2 Gjeldende rett

31.2.1 Reglene om individuell plan i helse- og sosiallovgivningen

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har etter pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3a rett til å få utarbeidet en individuell plan. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen har regler om individuell plan i § 28. Denne bestemmelsen tilsvare sosialtjenesteloven § 4-3 a.

Vilkårene for å få rett til individuell plan er de samme i alle disse bestemmelsene. Med behov for «langvarige» tjenester menes at behovet må være av en viss varighet. Det er imidlertid ikke et krav at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Med behov for «koordinerte» tjenester menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og/eller sosiale tjenester, det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene må eller bør ses i sammenheng.

Helsetjenesten er pålagt en *plikt* til å utarbeide individuell plan for den enkelte, uavhengig av om det er satt frem krav om dette, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1. Sosialtjenesteloven pålegger ikke en uttrykkelig plikt til å

utarbeide individuell plan, men når en person har rett til individuell plan, vil dette utløse en korresponderende plikt for kommunen til å utarbeide en slik plan.

I sosialtjenesteloven § 4-3 a, jf. § 8-4, er det presisert at planen skal utformes i samarbeid med brukeren. For helsetjenesten gjelder regler om pasientens rett til medvirkning i pasientrettighetsloven § 3-1. I tillegg er det gitt regler om medvirkning fra tjenestemottaker og pårørende i forskrift, jf. punkt 31.2.2.

Ansvar for å utarbeide individuell plan er i kommunehelsetjenesteloven pålagt kommunehelsetjenesten. Dette innebærer at den delen av kommunens helsetjeneste som pasienten eller pårørende henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med planen iverksettes. Tilsvarende gjelder for sosialtjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 pålegger helseforetaket ansvaret for å utarbeide individuell plan, mens psykisk helsevernloven § 4-1 pålegger den enkelte institusjon dette ansvaret.

31.2.2 Forskrift om individuell plan – plikt til å oppnevne koordinator

Tidligere forskrift om individuell plan etter helselovgivningen ble avløst av felles forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, som trådte i kraft 1. januar 2005, jf. forskrift 23. desember 2004 nr. 1837. Fastsetting av ny felles forskrift var et ledd i arbeidet med å harmonisere regelverket for helse- og sosialtjenesten og bedre samarbeid og koordinering mellom tjenestene.

Forskriften gir nærmere regler om formålet med individuell plan, ansvaret for å utarbeide planen, hva den skal inneholde m.m. Planen skal blant annet sikre at det til enhver tid er «en tjenesteyter» som har hovedansvaret for oppfølgingen av «tjenestemottakeren». I veileder til forskriften (Veileder IS-1253, utgitt av Helsedirektoratet i 2007) fremgår det at denne tjenesteyteren i praksis ofte kalles *koordinator*. Det anses som en svært viktig del av ordningen med individuell plan at tjenestemottakeren og eventuelt de pårørende

får en bestemt person i tjenesteapparatet å forholde seg til.

Forskriften presiserer at den del av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes, uavhengig av om tjenestemottakeren mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet. For øvrig reguleres ikke hvilken enhet eller hvilket tjenestenivå som skal ha ansvar for å sikre koordinering av planarbeidet.

31.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

31.3.1 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget foreslo i NOU 2004:18 at gjeldende regler om individuell plan i hovedsak skulle videreføres, men at flere av de reglene som i dag er i fastsatt i forskrift, skulle lovfestes. Forslaget om lovfesting fremfor forskriftsfesting gjaldt blant annet plikt for kommunen til å utpeke en planansvarlig person som pasienten eller brukeren kan forholde seg til. Denne personen skulle etter forslaget ha et overordnet utrednings- og koordineringsansvar i planprosessen. Flertallet i utvalget foreslo også en presisering i loven av at kommunen skal ha plikt til å utarbeide individuell plan for de som fyller vilkårene fordi mange av de som har behov for omfattende tjenester, er så svekket at de ikke selv kan stille krav om individuell plan. Samtidig ble det forutsatt at individuell plan ikke skal utarbeides hvis den planen gjelder, motsetter seg det. Utvalget foreslo også lovfestet at dersom statlige eller fylkeskommunale organer skal medvirke ved tjenestetilbudet, skal det utarbeides en felles individuell plan som dekker alle tjenestenivåene. Det ble forutsatt at planen i slike tilfeller må baseres på en avtale mellom nivåene.

31.3.2 Forslag i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste

Wisløffutvalget foreslo i NOU 2005:3 at det skulle iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov. Utvalget anbefalte at kravet om utarbeiding av individuell plan skulle følges opp bedre gjennom helseforetakenes og kommunenes kvalitetssystemer/internkontrollsystemer og foreslo en nasjonal rapportering om bruk av individuell plan for alle kommu-

ner og foretak. Utvalget mente at kommunen bør være ansvarlig for utarbeiding og koordinering av individuell plan, mens spesialisthelsetjenestens ansvar bør begrenses til å delta i kommunens arbeid med individuell plan når spesialisthelsetjenesten yter tjenester til pasienter som har rett til slik plan. I tillegg foreslo utvalget en ny bestemmelse i helsepersonelloven som pålegger helsepersonell en plikt til å delta i arbeidet med individuell plan. Begrunnelsen for dette forslaget var særlig at privatpraktiserende helsepersonell og helsepersonell ansatt i privat helsevirksomhet i større grad bør trekkes inn i arbeidet med individuell plan.

31.3.3 Forslag i St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S fra helse og omsorgskomiteen

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) ble det foreslått en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Det ble presisert at det i utformingen av ordningen vil bli lagt vekt på at den bare skal gjelde for personer som vil ha særlig nytte av den, og at det vil bli foretatt en åpen vurdering av hvor omfattende ordningen bør gjøres. Videre ble det forutsatt at det ikke vil dreie seg om opprettelse av nye stillinger, men at en person gjennom sin ordinære stilling får et særlig ansvar for å være kontaktpunkt for pasienten. Det ble også lagt til grunn at det i utformingen av ordningen må skje en tilpasning til flere av de ordningene som i dag er etablert for å ivareta koordineringsoppgaver, slik som individuell plan og plikten til å ha koordinerende enhet på rehabiliteringsområdet, og at det må etableres klare roller og ansvarsforhold. Videre ble det presisert at det praktiske opplegget ikke skal legge urimelige byrder på virksomhetenes arbeidssituasjon, og at det vil være opp til virksomheten å peke ut person. Som eksempler på koordinator ble nevnt sykepleier, sosionom, fysioterapeut og ergoterapeut.

I Innstilling til Stortinget (Innst. 212 S, 2009-2010) har helse- og omsorgskomiteen støttet at det etableres en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med særlig behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester, får en koordinator som kontaktpunkt i tjenestene. Komiteen har videre uttalt:

«Komiteen mener at dette virkemiddel i første rekke bør tilpasses for pasienter hvor samordningsbehovene er komplekse. Komiteen er enig i at utformingen av ordningen må tilpasses

andre etablerte ordninger som individuell plan og koordinerende enhet på habilitering og rehabiliteringsområdet. Komiteen støtter stortingsmeldingens påpekning av at koordinatoren kan fylles av flere faggrupper, eksempelvis fastlege, sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut eller annet.»

31.4 Erfaringer med individuell plan

En spørreundersøkelse fra TNS Gallup i 2008 viste at stadig flere personer får individuell plan, og at tjenesteyterne i økende grad erfarer at individuell plan er et verktøy som fremmer samhandling. Undersøkelsen ble foretatt blant ansatte i kommuner og spesialisthelsetjenesten, og 87 prosent av informantene mente at individuell plan fremmer samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet – både på tvers av nivåene i helsetjenesten og mellom helse- og sosialtjenesten.

Helsedirektoratet arrangerte i 2008 seks regionale konferanser om individuell plan. Konferansene samlet deltakere fra alle deler av det offentlige tjenesteapparatet i tillegg til pasienter og brukere. Tilbakemeldingene fra deltakerne bekreftet ifølge direktoratet inntrykket av at individuell plan er et strategisk verktøy for samhandling, og at forskriften og formålet med den er godt kjent. Tre forhold i tilbakemeldingene pekte seg ut som avgjørende for å lykkes i det videre arbeidet med individuell plan: Pasientene og brukerne må for det første oppleve at de blir sett, hørt og verdsatt. For det andre må koordinatorrollen «løftes frem», og for det tredje må arbeidet med individuell plan forankres på politisk og administrativt nivå, og et systemansvar må være på plass.

Helsedirektoratet utga i 2008 et tipshefte om individuell plan, jf. IS-1544 *Gjør det så enkelt som mulig*. Her er det gitt eksempler på hvordan utvikling av individuell plan kan medvirke til økt mestring av livet og gi nødvendig bistand fra ulike deler av tjenesteapparatet. Det er også påpekt at undersøkelser viser at de som har fått en individuell plan som er i regelmessig bruk, er mer fornøyd med tjenestetilbudet enn de som ikke har en individuell plan, og at de som har fått en individuell plan som ikke er i bruk, er mest misfornøyd med tjenestetilbudet.

Brukerorganisasjonene har påpekt at tjenestene må bli bedre til å peke ut koordinatører som kan fylle en rolle som brukernes kontaktpunkt i systemet. Brukerne ønsker seg ikke bare bedre koordinerte systemer, men en koordinator som har brukerens tillit, som til enhver tid kjenner

brukerens situasjon, og som samtidig kjenner «systemet» og derfor på en samlet måte kan koordinere de ulike tjenestene brukeren har behov for.

31.5 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at bestemmelsen om rett til individuell plan i pasientrettighetsloven § 2-5 skulle videreføres. I tillegg ble det foreslått en egen bestemmelse i den nye loven § 7-1 om plikt for kommunen til å utarbeide individuell plan for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Videre foreslo departementet nye bestemmelser om at ansvaret for å sette i gang arbeidet med individuell plan og for koordinering av planen, skal forankres hos kommunen i de tilfellene den enkelte har behov for tjenester både etter den nye loven, spesialisthelsetjenesteloven og/eller psykisk helsevernloven.

Departementet foreslo også at det blir presisert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 at helseforetaket har plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan i de tilfellene en pasient har behov for spesialisthelsetjenester i tillegg til kommunale tjenester. Tilsvarende presisering ble foreslått i psykisk helsevernloven § 4-1, slik at plikten pålegges den enkelte institusjon. I tillegg ble det foreslått en plikt for helseforetaket/institusjonen til å varsle kommunen når spesialisthelsetjenesten ser at det er behov for å utarbeide en individuell plan som også omfatter kommunale tjenester. Det ble også foreslått nye bestemmelser i helsepersonelloven om plikt for personell til å delta i arbeidet med individuell plan og plikt til å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan, jf. §§ 4 og 38 a.

I tillegg foreslo departementet en bestemmelse om plikt til å oppnevne koordinator i den nye loven § 7-2. Det ble foreslått at koordinator skal ha hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

31.6 Høringsinstansenes syn

31.6.1 Om kommunenes hovedansvar for å utarbeide individuell plan

Majoriteten av høringsinstansene støtter opp om at kommunene gis hovedansvaret for utarbeidelse av individuell plan i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesia-

listhelsetjenesten. Høringsinstansene gir uttrykk for at lovforslaget vil styrke arbeidet med individuell plan, og at forutsetningen for samhandling mellom tjenesteyterne vil bli bedre med en tydeligere ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene. *Vågsøy kommune* uttaler:

«Det er rett ansvarsdeling at kommunane har hovudansvar for å utarbeide individuell plan og oppnemne koordinator ettersom det er i kommunane tenesteytinga i hovudsak skal skje.»

Fylkesmannen i Finnmark:

« (...) ser positivt på det at koordinerende enheter, koordinatorrollen og individuell plan er tatt inn i lovforslaget, og at reglene er tydeliggjort i forhold til hvem som har igangsetteransvar, hvem som har hovedansvar og hvem som har medvirkningsansvar. Vi tror at dette vil være en nøkkel til å få de helhetlige og koordinerte tjenestene som loven sikter mot.»

Noen høringsinstanser påpeker at det for enkelte brukere og pasienter kan være vanskelig å hevde sin rett til individuell plan dersom kommunene ikke oppfyller sin plikt.

31.6.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar, samarbeids- og medvirkningsplikt

Enkelte høringsinstanser mener at spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 språklig sett kan være noe uklar. Flere instanser mener det bør presiseres tydeligere at spesialisthelsetjenestens samarbeidsplikt gjelder uavhengig av hvilket tjenesteni- vå som igangsetter arbeidet med planen. Mange kommuner presiserer viktigheten av at samarbeids- og medvirkningsplikten fungerer etter sin hensikt.

Departementet ba særlig om høringsinstansenes syn på om spesialisthelsetjenesten bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, for eksempel til særlig krevende pasienter, selv om hovedforankringen av ansvaret for å utarbeide individuell plan bør ligge i kommunen.

Høringsinstansene har her delte oppfatninger. Enkelte mener at en slik løsning vil være hensiktsmessig fordi det for enkelte pasienter med sammensatte behov fra flere spesialiteter kan ta lang tid før kommunehelsetjenesten kobles inn.

Andre instanser mener at spesialisthelsetjenesten ikke bør pålegges en selvstendig plikt til å ta hovedansvaret, fordi en slik løsning kan føre til uklare ansvarsforhold.

31.6.3 Forholdet til andre sektorer og tjenester

En rekke høringsinstanser har gitt innspill på at rettighetene og pliktene i forhold til individuell plan også bør nedfelles i regelverket for barnehage- og utdanningssektoren. Det påpekes blant annet at dette vil være hensiktsmessig fordi barnehage og skole i mange tilfeller har best kunnskap og kompetanse i forhold til å vurdere barnets og foreldrenes livssituasjon og behov. *Tønsberg kommune* uttaler:

« (...) mener det er en stor ulempe at barnehager og skoler ikke er lovpålagt ansvar for arbeid med IP. Barnehage og skole har i mange tilfeller den beste kunnskap og kompetanse om barns behov og det beste kjennskapet til barn og foreldres livssituasjon. Det må på statlig nivå arbeides for at barnehageloven og opplæringsloven gir barnehager og skoler et selvstendig ansvar for å utarbeide og være koordinator i arbeidet med IP der dette er hensiktsmessig løsning».

Flere høringsinstanser, blant andre en rekke fylkeskommuner og kommuner, *Tannlegeforeningen* og *Helsedirektoratet*, mener at forholdet til tannhelsetjenesten bør vurderes i lovforslaget om individuell plan. *Helsedirektoratet* uttaler:

«Tannhelsetjenester hører med i et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuer med store behov for omsorgstjenester har ofte store behov for tannhelsetjenester. Individuell plan synes å være et godt redskap for å nå de med store behov for tannhelsetjenester. Kommunen bør samarbeide med tannhelsetjenesten og lage rutiner på dette.»

31.6.4 Om rett til koordinator

De fleste høringsinstansene slutter seg til at det foreslås en egen bestemmelse om koordinator i loven, og mener at dette kan bedre tilgjengeligheten til, og øke bruker- og pasienttilfredsheten med, individuell plan. *Barne- ungdoms- og familiedirektoratet* uttaler:

«Bufdir støtter forslaget om opprettelse av koordinator. Ved å regulere ansvaret i lov og ikke forskrift vil bestemmelsen bli tydeligere, ikke minst for pasienter og brukere. Vi er enige i at koordinator gis et «sørge-for ansvar»

og støtter departementets vurdering av at et personlig oppfølgingsansvar blir for stor og sårbart.»

Enkelte høringsinstanser påpeker at personen det skal utarbeides individuell plan for, bør få anledning til å påvirke valg av koordinator, og noen mener det vil være uheldig om forslaget til §§ 7-2 og 7-3 skal innebære at koordinator alltid må velges fra helse- og omsorgstjenesten. *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold* uttaler:

«Det legges opp til at kommunen nå får hovedansvaret for igangsetting og koordinering av individuell plan, og at det skal oppnevnes koordinator som er en bestemt person som skal følge arbeidet. Fylkesmannen er enig i dette, men vil påpeke at det i mange saker ville vært mer naturlig at koordinator ble oppnevnte fra andre deler av kommunen, utenom helse- og omsorgstjenesten. Det kan for eksempel være ansatte i NAV, skole, PPT eller barnehage.»

31.7 Departementets vurderinger og forslag

31.7.1 Generelt

Selv om stadig flere får individuell plan, er det fortsatt mange med rett til individuell plan som ikke får det. Økt bruk av ordningen representerer et betydelig potensial for å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Departementets vurdering er fortsatt at ordningen bør videreføres, men at det bør gjøres noen endringer i regelverket for å tydeliggjøre ordningen på enkelte punkter. Denne vurderingen har fått støtte av de fleste høringsinstansene.

Departementet vil imidlertid understreke at regulering i lov og forskrift ikke er tilstrekkelig til å få individuell plan til å fungere etter intensjonene. Målrettede informasjons- og opplæringstiltak vil fortsatt være nødvendig, særlig om organisering, koordinering og ledelse av arbeidet. I tillegg må plikten til å utarbeide individuell plan følges opp gjennom internkontroll i kommunene og helseforetakene, og samarbeidet mellom tjenesteyterne og tjenestenivåene må fungere godt.

Ordningen med individuell plan må også vurderes i sammenheng med andre måter å ivareta koordineringsansvar på, jf. kapittel 32.

31.7.2 Rettighet og plikt

Pasientrettighetsloven § 2-5 gir *rett* til individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester. Etter departementets vurdering bør denne bestemmelsen videreføres. I punkt 29.6.2 fremgår det at departementet mener at mange av de rettighetsbestemmelsene som i dag er forankret i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, bør samles i pasientrettighetsloven. Dette gjelder også reglene om rett til individuell plan.

Etter departementets vurdering bør det fremgå tydelig av den nye loven at kommunen har *plikt* til å utarbeide individuell plan for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. En presisering av dette vil bare være ny for tjenester som i dag omfattes av sosialtjenesteloven, fordi dette allerede følger av helselovgivningen.

Departementet har merket seg at enkelte høringsinstanser påpeker behov for «et ris bak speilet» for de tilfellene der bruker eller pasient har rett til å få utarbeidet individuell plan, men der kommune eller helseforetak likevel unnlater å utarbeide slik plan. Departementet mener at forslagene i denne proposisjonen vil redusere behovet for å innføre særlige sanksjoner. Klar ansvars plassering vil redusere muligheten for ansvarspulverisering mellom ulike tjenester, og kan bidra til å gjøre det lettere for brukere og pasienter å få oppfylt sine rettigheter.

En pliktbestemmelse innebærer at kommunen på eget initiativ må vurdere om en person har rett til tilbud om en individuell plan, men ikke at individuell plan skal utarbeides mot pasientens eller brukerens vilje. Prinsippet om samtykke fra pasienten eller brukeren vil fortsatt gjelde.

31.7.3 Ansvarlig tjenestenivå ved behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten

De som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, kan ha behov for ulike tjenester fra ulike kommunale etater. I tillegg kan de ha behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen der vedkommende bor, har bedre oversikt over og nærhet til ulike lokale tjenestetilbud enn institusjonene i spesialisthelsetjenesten. Tjenester fra spesialisthelsetjenesten vil ofte være kortvarige og tidsavgrensede, men spesialisthelsetjenesten har også et selvstendig lovpålagt ansvar for tjenester som ytes over lengre tid, som for eksempel behandling av rusmiddelavhengige, pasienter

under psykisk helsevern og andre med behov for langvarige tjenester.

Etter departementets vurdering bør hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan ligge hos kommunen i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Departementet slutter seg her til forslag fra Wisløffutvalget, og majoriteten av høringsinstansene støtter dette. En slik løsning vil innebære en klarere ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene, og svært mange høringsinstanser tar til orde for at dette vil øke forutsetningene for å oppnå god samhandling og flyt mellom tjenestenivåene. I tillegg vil kommunen som oftest ha best oversikt over det samlede tjenestetilbudet og behovet til den enkelte.

Departementet foreslår derfor at det i den nye loven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 fremgår at kommunen skal sørge for at det utarbeides individuell plan, og at planarbeidet koordineres i de tilfellene den enkelte har behov for tjenester både etter den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven.

Det at kommunen skal sørge for utarbeiding og koordinering av arbeidet, vil ikke frata spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke i arbeidet. Departementet foreslår også endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, slik at det fremgår at helseforetaket har plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan i de tilfellene det er behov for spesialisthelsetjenester i tillegg til kommunale tjenester. Samarbeidsplikten gjelder uavhengig av hvem som setter i gang arbeidet med planen.

Overfor private virksomheter som regionalt helseforetak har avtale med, bør det vurderes om medvirkningsplikten må sikres særskilt gjennom avtale. Tilsvarende endring foreslås i psykisk helsevernloven § 4-1, slik atplikten pålegges den enkelte institusjon. Helseforetaket/institusjonen skal varsle kommunen når spesialisthelsetjenesten ser at det kan være behov for å utarbeide en individuell plan som bør omfatte kommunale tjenester.

Dersom pasienten bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, vil det som i dag være helseforetaket som har ansvaret for å utarbeide individuell plan. Departementet antar at dette bare vil være aktuelt i unntakstilfeller, men ser ikke bort fra at dette kan være aktuelt for enkelte behandlingsforløp.

Departementet finner det ikke er hensiktsmessig å innføre en selvstendig plikt for helseforetakene til å ta initiativ til å utarbeide individuell

plan til særlig krevende pasienter, selv om hovedforankringen av ansvaret for å utarbeide individuell plan bør ligge til kommunen. Departementet slutter seg her til de høringsinstansene som mener at en slik plikt kan føre til uklare ansvarsforhold.

31.7.4 Koordinator i kommunen

Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger kommunen og spesialisthelsetjenesten plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen og spesialisthelsetjenesten, jf. punkt 32.2.1. Etter departementets vurdering bør det overordnede ansvaret for individuell plan/koordinering legges til disse enhetene. Dette drøftes nærmere i punkt 32.6.2. Drøftelsen nedenfor gjelder hovedsakelig koordinering på individnivå i kommunen. Forslag om koordinator i spesialisthelsetjenesten omtales nærmere i punkt 32.6.3.

Hvis en bestemt person i kommunen utpekes som koordinator, vil pasienten eller brukeren slippe å forholde seg til mange forskjellige personer. På den annen side kan det å overlate koordineringsansvaret til en enkeltperson føre til økt sårbarhet ved fravær mv. En egen enhet eller et team med koordineringsansvar kan være en mer robust måte å ivareta ansvaret på.

En fordel med å regulere et koordineringsansvar i lov i stedet for i forskrift, slik departementet nå foreslår, er at reglene blir mer synlige og tilgjengelige for pasientene og brukerne, tjenesteyterne, kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Ut fra en helhetsvurdering, jf. også erfaringene med individuell plan omtalt ovenfor, finner departementet at det er hensiktsmessig å løfte ut av forskriften og konkretisere i lov hvordan ansvaret for å koordinere arbeidet med individuell plan skal ivaretas. Etter departementets vurdering, og i tråd med høringsinstansenes uttalelser, bør dagens regler om at en bestemt person skal ha et hovedansvar for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, videreføres. I praksis vil dette innebære at vedkommende skal ha en rolle som koordinator, men ikke at vedkommende skal ha et eneansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Ansvaret for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å utpeke en stedfortreder.

Departementet har merket seg at mange høringsinstanser på generell basis er bekymret for

om kravene til kvalitet og kompetanse er tilstrekkelig ivare tatt i loven. Departementet mener at muligheten for lokalt tilpassede løsninger tilsier at kommunene bør ha en viss frihet til å vurdere hvem som er best egnet til å ha koordinatorrollen i forhold til den enkelte pasient eller bruker. Departementet har derfor endret forskriftsbestemmelsen etter § 7-2 andre ledd slik at det også gis mulighet for å stille kompetansekrav til koordinator.

Koordinatorrollen skal som i dag innebære at koordinator skal være kontaktperson og ha hovedansvar for å følge opp innspill fra pasient og bruker og pårørende. Koordinator har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at pasienten eller brukeren får et «sømløst» tilbud. Det bør ved behov etableres kontakt mellom koordinatorene på de to nivåene. Når koordinator ikke er fastlege, bør det etableres kontakt med fastlegen. I tillegg skal vedkommende ha et hovedansvar for å ta initiativ til og påse at pasienten eller brukeren får et koordinert tjenestetilbud. Dersom ansvarsforholdene for de forskjellige tjenestetilbudene er uklare, må vedkommende ta initiativ for å få nødvendige avklaringer slik at pasienten eller brukeren ikke blir kasteball i systemet.

På denne bakgrunn foreslår departementet en egen bestemmelse om koordinator i den nye loven. I tillegg foreslås det en ny bestemmelse om koordinator i spesialisthelsetjenesteloven i stedet for pasientansvarlig lege, jf. punkt 32.6.3. Fastlegenes koordinerende ansvar blir omtalt i punkt 32.2.2.

Departementet mener at endringsforslagene imøtekommer forslaget i samhandlingsmeldingen om koordinator. I denne meldingen ble det forutsatt at ordningen bare skal gjelde for personer som vil ha særlig nytte av den, og dette er støttet av Stortinget, jf. punkt 31.3.3. Departementet kan ikke se at det er behov for en slik ordning for alle pasienter eller brukere som trenger hjelp fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Det vil være en rekke pasienter som bare er innom helse- og omsorgstjenesten på grunn av enkeltstående lidelser mv. Å innføre en plikt til å oppnevne en egen koordinator for alle som har kontakt med helse- og omsorgstjenesten, vil etter departementets syn føre til en unødvendig byråkratisering og en uheldig vridning av ressursbruken i helse- og omsorgstjenesten. Ordningen bør i tråd med gjeldende regler om rett til individuell plan og plikten til å ha en koordinerende enhet, avgrenses til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, herunder habiliterings- eller rehabiliteringstjenester.

Kravet om at plikten skal gjelde ved behov for «langvarige» tjenester innebærer ikke at behovet skal være varig, men at det skal strekke seg over et visst tidsrom. Departementet legger til grunn at dette vilkåret i praksis ikke har vært tolket restriktivt, og at det fortsatt bør tolkes slik at det fanger opp de som har et reelt behov for individuell plan og en koordinator. Departementet er enig med de fleste høringsinstansene i at det ikke er behov for å definere begrepet «langvarige tjenester» i loven fordi vurderingen av hva som ligger i dette best kan foretas av tjenesteyter i samråd med pasient eller bruker. *Nord-Aurdal kommune* beskriver dette på en måte som departementet kan slutte seg til;

«I eksisterende lovverk, og i det nye forslaget, er ikke begrepet langvarige tjenester nærmere definert. Etter kommunens syn er «langvarig» et relativt begrep som kan være vanskelig å vurdere. I praksis må grad av samordningsbehov og kompleksitet i tjenestebehov ses i sammenheng med tidsbegrepet. Dette fordi det kan være behov for individuell plan selv om behovet kun er i få måneder, da kompleksitet kan være vel så viktig som varighet».

31.7.5 Plikt for personell til å delta i arbeidet med individuell plan og plikt til å melde fra om behov for individuell plan

Intensjonen med forslaget om å lovfeste plikt for helsepersonell til å delta i arbeidet med individuell plan er å få til en bedre samordning av tjenestetilbudet. Som det fremgår av kapittel 10, foreslår departementet at helsepersonelloven som hovedregel skal gjelde tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter den nye loven. Forankring av en pliktbestemmelse i helsepersonelloven vil dermed innebære at den også vil gjelde for personell som ikke kan defineres som helsepersonell, det vil si personell som omfattes av helsepersonelloven når de yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Etter departementets vurdering er lovfesting av plikt for personellet til å delta i arbeidet med individuell plan særlig viktig for å ansvarliggjøre helsepersonell som ikke har noen tilknytning til kommune eller regionalt helseforetak gjennom driftsavtaler mv., som for eksempel privatpraktiserende kiropraktorer. Denne vurderingen støttes av flere av høringsinstansene. Selv om det lovfestes en plikt for det enkelte personell til å delta i arbeidet, må ansvaret for å utarbeide individuell plan være forankret i virksomhetsledelsen på det

aktuelle offentlige tjenestenivået. Ansvar for om planarbeidet lykkes eller ikke kan ikke forskyves til det enkelte personell.

For å tydeliggjøre ordningen med individuell plan ytterligere, fastholder departementet også forslaget i høringsnotatet om at det presiseres i helsepersonelloven at helsepersonell skal ha plikt til å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan. Flere høringsinstanser støtter denne løsningen. Bestemmelsen foreslås tatt inn som ny § 38 a i helsepersonelloven.

31.7.6 Forholdet til andre sektorer og tjenester

Departementet har merket seg at mange høringsinstanser ønsker at rettigheter og plikter i forhold til individuell plan også forankres i regelverket for barnehage- og utdanningssektoren. Nevnte regelverk ligger utenfor Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde. Departementet vil imidlertid presisere at det fremgår av forslaget til ny

lov § 7-1, jf. også spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1, at kommunen, eventuelt helseforetaket eller institusjonen, skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud til pasienter og brukere.

Mange høringsinstanser har bemerket at tannhelsetjenesten i større grad bør tas inn i arbeidet med individuell plan, og at samarbeidet mellom kommunen og fylkeskommunen på dette området bør styrkes. Tannhelse er en del av den enkeltes totale helse som ofte henger sammen med allmenntilstand og omsorgsbehov. Personer med behov for individuell plan har ofte dårlig tannhelse, særlig tyngre rusmiddelavhengige og psykiatriske pasienter. En regulering av individuell plan i forhold til tannhelsetjenester vil kreve lovendringer, både i tannhelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Departementet arbeider nå med en revisjon av tannhelsetjenesteloven, og en vurdering av regulering av individuell plan vil være en del av dette lovarbeidet.

32 Andre ordninger som skal sikre et koordinert tjenestetilbud

32.1 Innledning

Det er i helse- og omsorgstjenesten etablert forskjellige ordninger som har til hensikt å sikre et koordinert tjenestetilbud. Disse ordningene er dels regulert i lovgivningen og dels i forskjellige forskrifter. Reguleringen av individuell plan og koordinator er gjennomgått i kapittel 31. I dette kapitlet vil andre ordninger som skal sikre et koordinert tjenestetilbud, bli behandlet.

32.2 Gjeldende rett

32.2.1 Forskrift om habilitering og rehabilitering – plikt til å ha en koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten

Forskrift om habilitering og rehabilitering ble fastsatt 28. juni 2001, og gjelder habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys og ytes etter kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forskriften § 8 pålegger kommunen plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. I merknadene til denne bestemmelsen fremgår det at kravet innebærer at kommunen vil ha et fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten, og at det skal være lett for brukere og samarbeidspartnere å finne frem til og komme i kontakt med det kommunale tjenestetilbudet. Det er også presisert at kravet om koordinerende enhet kan ivaretas på ulike måter, for eksempel gjennom et fast og overordnet tverrfaglig team, en egen koordinator opprettet for dette formålet, eller gjennom den ordinære virksomheten. Videre fremgår det at det ikke kreves en egen organisasjonsenhet, men at virksomheten av hensyn til tilgjengelighet for brukerne synliggjøres i forhold til de øvrige oppgavene i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd.

Forskriften § 13 pålegger spesialisthelsetjenesten plikt til å ha en koordinerende enhet. Det er presisert at enheten skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, i tillegg til oversikt over og nød-

vendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten. I merknaden til bestemmelsen fremgår det at kravet om koordinerende enhet kan oppfylles på flere måter, for eksempel ved en fagavdeling for medisinsk rehabilitering, re-/habiliteringsteam eller egen koordinator.

32.2.2 Fastlegenes koordinerende ansvar

Fastlegenes ansvar og oppgaver er nærmere omtalt i kapittel 19. Her fremgår det at fastlegen ifølge merknaden til fastlegeforskriften § 7 skal planlegge og koordinere individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling for innbyggere på sin liste. Det har vært uklart hvor langt dette ansvaret strekker seg. Da det ble gjennomført en evaluering av fastlegeordningen to og et halvt år etter ordningen ble innført, ble det foretatt en tolkning av hva som ligger i fastlegens koordineringsansvar etter fastlegeforskriften § 7. I «*Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år*» (2004) fremgår det:

«Departementet legger til grunn at utgangspunktet for fastlegens planleggings- og koordineringsansvar etter denne bestemmelsen vil være at det forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling er knyttet til det medisinske hjelpebehov pasienten har, jf. merknaden til § 7. Fastlegens undersøkelse, diagnose og eventuelle behandling kan avdekke et behov for at legen initierer kontakt, ev. gjennom henvisning, til andre tjenester, enten innen kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Koordineringsansvaret omfatter for eksempel vurdering av behov for henvisning til psykolog, fysioterapeut eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og nødvendig medisinsk oppfølging av pasienten etter aktuelt opphold for eksempel i sykehjem, eller etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegens ansvar for medisinsk oppfølging etter utskrivning fra institusjon for innbyggere som står på vedkommendes liste går nærmere fram av fastlegeforskriften § 8. Der det er

behov for slik tilrettelegging, plikter institusjonen å kontakte fastlegen på forhånd. Epikrise og andre nødvendige opplysninger sendes fastlegen dersom pasienten gir sitt samtykke til det.

Det vil variere med situasjon hvilken instans i kommunen som er den rette til å koordinere ved behov for koordinering av tjenester. Gjennom tilsynsmyndighetenes landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 ble det for eksempel uttrykt behov for klargjøring av fastlegens rolle ved behov for utarbeiding av individuell plan. I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, merknaden til § 2-3 annet ledd, står det følgende: «Ansvaret for å ta initiativ til å utarbeide individuell plan, påhviler den instans i kommunehelsetjenesten som personen eller dennes foresatte først henvender seg til.»

Fastlegeordningen er i hovedsak basert på at pasienten selv eller pårørende henvender seg til fastlegen. Fastlegen har plikt til å initiere at koordinering blir ivarettatt når han eller hun er blitt oppsøkt. Dette gjelder for eksempel initiativ til å utarbeide individuell plan der vilkår for slik plan foreligger.»

Det er antakelig slik at dagens praksis blant fastlegene også på dette området varierer. Departementet vil ved en eventuell presisering av listeansvaret (jf. kapittel 19 om fastlegeordningen) også utdype hva som ligger i fastlegenes medisinskfaglige koordinerende ansvar.

32.2.3 Pasientansvarlig lege

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 gir departementet hjemmel til å gi nærmere regler i forskrift om «pasientansvarlig lege og tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell». Forskrift om pasientansvarlig lege m.m. ble fastsatt 1. desember 2000. Denne forskriften er avgrenset til å gjelde ved innleggelse i somatiske institusjoner og institusjoner i det psykiske helsevernet, ved polikliniske tjenester før og etter innleggelse og ved gjentakende poliklinisk undersøkelse og behandling. Forskriften regulerer utpeking av pasientansvarlig lege, ansvarsinnholdet i ordningen og forholdet til behandlingsansvarlig lege, journalansvarlig og informasjonsansvarlig person. Den regulerer ikke tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell, med unntak for en regel om at en psykolog kan erstatte legen i rollen som

pasientansvarlig i det psykiske helsevernet, hvis det passer best.

Ellers fremgår det av forskriften at pasientansvarlig lege skal ha en samordningsfunksjon for behandling av pasienten og være det faste medisinskfaglige kontaktpunktet for pasienten under oppholdet. I merknadene til forskriften er det presisert at dette ansvaret innebærer å være det faste kontaktpunktet for pasienten i forhold som gjelder medisin og behandling under opphold i helseinstitusjon og ved polikliniske tjenester. Videre fremgår det at pasientansvarlig lege skal ha en koordinerende funksjon for pasienten og de behandlingstjenestene som pasienten får, og ta seg av pasientens interesser på det området. Det fremgår også at pasientansvarlig lege skal fungere som en kontaktperson mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

32.3 Erfaringer med dagens ordninger

32.3.1 Plikten til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten

Hensikten med å innføre plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten er særlig å sørge for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Intensjonen er at det på denne måten kan bygges opp faste kontaktpunkter for informasjon og samarbeid på begge nivåene. Etter bestilling fra departementet av gode eksempler på samhandling på rehabiliteringsfeltet, har Helsedirektoratet i brev av 23.09.08 uttalt:

«Erfaring viser at koordinerende enheter for re-/habilitering i kommuner og helseforetak er sentrale i forhold til å sikre kompetanseutvikling og gode systemer for samhandling og bruk av individuell plan. En sentral funksjon er å være pådrivere for den samhandlingen på tvers som dette verktøyet forutsetter. Eksempler på dette er nettverk for dialog mellom kommuner og helseforetak, utvikling og implementering av interne prosedyrer og forankring av samarbeidsavtaler på tvers av nivåer. Kompetanseutvikling internt og kompetanseutvikling eksternt er også viktige funksjoner. På denne måten skapes arbeidsfellesskap som åpner for helhetlig tilnærming.»

Etableringen av koordinerende enheter har ikke skjedd i den takt en skulle ønsket. Ifølge Helsedirektoratet viser imidlertid erfaringene at reglene er gode når praksis utformes i tråd med intensjonene i regelverket. Direktoratet har også uttalt at erfaringer viser viktigheten av at koordinerende enhet tar et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan.

32.3.2 Pasientansvarlig lege

Wisløffutvalget gjennomgikk i NOU 2005:3 ordningen med pasientansvarlig lege. Her er det vist til at Helsetilsynet i flere tilsynsrapporter har påpekt at ordningen ikke er gjennomført slik lov og forskrift krever, og at mange har reist kritiske merknader mot ordningen. Wisløffutvalgets vurdering var at manglende respekt for og oppfølging av ordningen delvis kan forklares av ordningens manglende treffsikkerhet når det gjelder behovet for samhandling. Utvalget foreslo derfor at ordningen avgrenses til å gjelde pasienter med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester.

32.4 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at plikten for kommunen til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet skulle presiseres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-3. Tilsvarende presisering ble foreslått tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b. I begge bestemmelsene ble det foreslått presisert at enhetene skulle ha et systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. I tillegg ble det forelått at departementet kunne gi nærmere bestemmelser om ansvaret for koordinerende enhet.

Departementet foreslo også at spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 om pasientansvarlig lege m.m. ikke skulle videreføres, men at det i stedet skulle tas inn en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a om pasientansvarlig koordinator. I likhet med det som ble foreslått for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ble det foreslått at koordinator skulle ha et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Departementet foreslo også at ordningen skulle avgrenses til pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester.

32.5 Høringsinstansenes syn

32.5.1 Generelt

Høringsinstansene stiller seg i all hovedsak positive til lovforslagets presisering av krav om koordinerende enhet, og at det overordnede ansvaret for utarbeidelse av individuell plan legges til denne enheten.

Enkelte høringsinstanser mener at de koordinerende enhetene bør ivareta koordineringsfunksjoner for alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester, det vil si også utenfor helse- og omsorgstjenesten. *Helsedirektoratet* uttaler:

«Helsedirektoratet mener det er bra at kommunens ansvar for å etablere koordinerende enheter lovreguleres, og at systemansvaret for individuell plan plasseres her. For at de koordinerende enhetene skal fylle sin funksjon er det vesentlig at de innrettes med god tilgjengelighet for brukere og pasienter og at de er tverrfaglig organisert og inkluderende.»

Noen høringsinstanser påpeker behov for presisering av hva som ligger i fastlegens koordinerende ansvar versus plikten som skal påligge koordinerende enhet i kommunen. Enkelte understreker behov for presisering av hva ansvaret for koordinerende enhet skal omfatte.

32.5.2 Nærmere om ansvaret til koordinerende enhet

Flere høringsinstanser, herunder Statens helsetilsyn, mener at den koordinerende enheten ikke kan ha et «systemansvar» fordi ansvaret for å ha tilfredsstillende systemer for å ivareta ulike oppgaver er et ledelsesansvar som ikke kan delegeres til en enhet. *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland* uttaler:

«Framlegget til § 7-3 er i samsvar med tilrådingar frå Helsedirektoratet om funksjonar koordinerende eining bør ha. Ordninga er ikkje uproblematisk, ettersom systemansvar er eit leiaransvar.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag foreslår at «systemansvar» i § 7-3 byttes ut med «overordnet ansvar».

Noen høringsinstanser mener at kommunene selv må få bestemme hvilken instans i kommunen som bør ha overordnet ansvar for utarbeidelse av individuell plan, og at en slik løsning vil være mest

i tråd med lovforslagets intensjon om organisasjonsfrihet. Disse instansene viser til at mange kommuner har funnet gode lokalt tilpassede løsninger til arbeidet med individuell plan, og mener at det bør være tilstrekkelig med plikt til å oppnevne koordinator. *Oslo kommune* uttaler:

«Oslo kommune støtter ikke forslaget om å legge overordnet ansvar for individuell plan til enhet for habilitering og rehabilitering. Dette må kommunene få organisere selv ut fra en vurdering av hva som er mest hensiktsmessig lokalt.»

32.5.3 Koordinator

Mange høringsinstanser mener det er hensiktsmessig å erstatte ordningen med pasientansvarlig lege med opprettelse av en koordinator, og støtter oppfatningen av at ordningen med pasientansvarlig lege ikke har fungert etter intensjonen. *Akershus Universitetssykehus* uttaler:

«Vi mener dette vil lette organiseringen av sykehustjenester for pasienter med komplekse eller langvarige behov for helsetjenester. Utnevning av pasientansvarlig koordinator som ikke er profesjonsavhengig, medfører at det vil kunne gjøres en individuell vurdering av hvilken type profesjon som best kan ivareta oppfølging av gitte pasientgrupper. Ordningen ansees således å sette pasientens behov i fokus.»

Helse Vest uttaler:

«Helse Vest vil ellers fremheve og støtte følgende forslag/endringer:

- At ordningen med pasientansvarlig lege oppheves og erstattes av en mer profesjonsnøytral ordning.»

Helsedirektoratet støtter oppheving av § 3-7 om pasientansvarlig lege, men ikke innføring av pasientansvarlig koordinator. Begrunnelsen for dette er blant annet at ordningen bidrar til en oppsplitting av ansvaret overfor pasienten. Helsedirektoratet uttaler:

«Eksisterende ordning med pasientansvarlig lege er koblet til journalansvarlig, jf. helsepersonelloven § 39, informasjonsansvarlig § 10, og til den lege som har behandlingsansvaret. Det er i forskriften særlig fremhevet at dette er oppgaver som pasientansvarlig lege vil kunne iva-

reta. Departementet har imidlertid veket tilbake for å fastsette en bestemmelse om dette, og lagt opp til at de nevnte ansvarsposisjonene også kan ivaretas av flere.»

Legeforeningen ønsker ikke innføring av en profesjonsnøytral pasientansvarlig koordinator, og *Landets pasient og brukerombud* bemerker på generelt grunnlag at pasientansvarlig lege er en funksjon som pasientene selv etterlyser, og som i enkeltsaker har vist seg verdifull, både for pasient og helseforetak.

Enkelte høringsinstanser, herunder *Statens helsetilsyn*, mener at den skisserte løsningen ikke erstatter ordningen med pasientansvarlig lege i tilstrekkelig grad. Statens helsetilsyn uttaler:

«Som medisinskfaglig kontaktpunkt har den pasientansvarlige legen i oppgave å samordne behandlingen av pasienten under innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og fungere som kontaktperson mellom tjenestenivåene. Den siste av disse oppgavene synes ivaretatt i § 2-5a, men vi mener det er behov for å tydeliggjøre at også samordningen av behandlingen under institusjonsopphold som utgår med § 3-7 (spesialisthelsetjenesteloven), videreføres i § 2-5a.»

32.6 Departementets vurderinger og forslag

32.6.1 Generelt

Departementet fastholder forslaget i høringsnotatet om at plikten til å ha en koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten bør videreføres. Økt bruk av denne ordningen representerer, i likhet med økt bruk av individuell plan, et betydelig potensial for å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere. Sammenhengen mellom disse ordningene bør imidlertid gjøres tydeligere.

Plikten til å etablere koordinerende enheter er avgrenset til å gjelde habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Etter departementets syn er det grunn til å vurdere om disse enhetene også bør ivareta koordineringsfunksjoner for annen virksomhet. Departementet foreslår enkelte endringer, slik at enhetene også får et overordnet ansvar for å følge opp arbeidet med individuelle planer. I tillegg blir dagens ordning med pasientansvarlig lege vurdert nærmere.

Generelt vil departementet understreke at endringer i lov og forskrift ikke er tilstrekkelig for å oppnå velfungerende ordninger for koordine-

ringsansvar. I tillegg er det viktig med holdningsendringer og målrettede informasjons- og opplæringstiltak.

32.6.2 Koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten

Habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet har i forskrift om habilitering og rehabilitering fått en vid definisjon, jf. § 2. Her er habilitering og rehabilitering definert som «tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet».

Tjenestetilbudene og ytelsene skal etter forskriften § 3 omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom. Også personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemming eller kronisk sykdom omfattes.

Målgruppene for habiliterings- og rehabiliteringstjenester vil som regel ha rett til individuell plan. Vilkårene for å få rett til individuell plan er at vedkommende har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Felles for målgruppene for individuell plan og habiliterings- og rehabiliteringstjenester er dermed at bistanden må bestå av mer enn ett tiltak, at flere aktører må samarbeide, og at behovet for hjelp må strekke seg over et visst tidsrom. Etter departementets vurdering tilsier dette at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering også bør ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuelle planer.

Helsedirektoratet utga i 2008 brosjyren *Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering* (IS-1530). Her er det gitt flere anbefalinger for at disse enhetene skal fungere etter intensjonen. En av anbefalingene går ut på at koordinerende enhet i kommunen bør ha ansvar for opplæring og rutiner knyttet til individuell plan for å sikre brukermedvirkning. Departementet er enig i dette, og i at koordinerende enhet i kommunen skal ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, slik Helsedirektoratet har foreslått.

Departementet foreslo i høringsnotatet at de koordinerende enhetene skulle ha et «systemansvar» for arbeidet med individuelle planer, herunder ansvar for å oppnevne koordinator. På bakgrunn av de tilbakemeldingene som er gitt, foreslår departementet å endre ordlyden i forslagene i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b slik at de

koordinerende enhetene skal ha et «overordnet ansvar» for arbeidet med individuell plan.

I tillegg til å utvikle og kvalitetssikre rutiner for utarbeidelse av planen, skal et overordnet ansvar innebære at enheten må sørge for nødvendig opplæring og veiledning av tverrfaglig personale. En viktig del av arbeidet vil være opplæring og veiledning av den som skal fungere som koordinator. Det vil også være naturlig at koordinerende enhet oppnevner koordinator.

Helsedirektoratet har i brosjyren IS-1530 gitt flere anbefalinger for at koordinerende enhet i kommuner og helseforetak skal fungere etter intensjonen. Departementet slutter seg til disse anbefalingene:

«I kommunen:

- Den koordinerende enheten bør integreres i det eksisterende organisatoriske apparatet, for eksempel i service-, bestiller- eller forvaltningskontor eller et NAV-kontor. (...)
- Koordinerende enhet bør forankres i et overordnet ledernivå.
- Koordinerende enhet bør sikres en styringsmyndighet på tvers av sektorer og virksomheter.
- Virksomheten bør forankres i samarbeidsavtaler mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten, NAV-kontor og Statlig spesialpedagogisk støttesystem.

I helseforetak:

- Koordinerende enhet bør etableres innenfor hvert enkelt helseforetak.
- Koordinerende enhet bør ha et hovedansvar for å etablere faste og stabile samarbeidsrutiner og møteplasser med kommunene i helseforetakets primære nedslagsfelt.
- Koordinerende enhet bør utvikle et formalisert samarbeid med brukerorganisasjoner.
- Den regionale koordinerende enheten bør ha ansvar for å utvikle et nettsted med oversikt over koordinerende enhet i helseforetak og i kommuner.»

Enkelte høringsinstanser har tatt til orde for at kommunene selv må få bestemme hvilken instans som skal ha overordnet ansvar for utarbeidelse av individuell plan mv. Departementet mener at samhandlingsreformen krever avklarte kontaktpunkter for at samhandling mellom tjenesteytere på lokalt nivå, og mellom helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, skal fungere optimalt.

Departementets vurdering er fortsatt at plikten for kommunen til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet bør presiseres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesteloven.

Endringene som foreslås i dette kapitlet og i kapittel 31, vil etter departementets vurdering bidra til å legge bedre til rette for koordinering av tjenestetilbudet. Departementet vil vurdere å utdype hva som ligger i fastlegens koordinerende ansvar, versus plikten som skal pålegge koordinerende enhet i kommunen ved presisering av listeansvaret i fastlegeforskriften.

32.6.3 Koordinator i stedet for pasientansvarlig lege

Departementet er enig i Wisløffutvalgets vurdering av at ordningen med pasientansvarlig lege ikke er treffsikker når det gjelder behovet for samhandling. Utvalgets mente også at ordningen i større grad burde målrettes mot de pasientgruppene som trenger dette mest, og at ordningen derfor burde avgrenses til å gjelde pasienter med komplekse eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester.

Departementet er enig i Wisløffutvalgets betraktninger, og mener det bør etableres en ny ordning som ivaretar pasientenes behov for kontinuerlige og helhetlige behandlingsforløp. Denne konklusjonen støttes av en rekke høringsinstanser. En ny ordning må være mer målrettet enn ordningen med pasientansvarlig lege har vært både med tanke på å oppnå hensiktsmessig og sømløs koordinering av pasientforløpet, og med tanke på hvilke pasientgrupper den skal gjelde for. Ordningen bør derfor ha større fokus på nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet til den enkelte pasient, og den bør bare gjelde for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester. Dette innebærer for eksempel at det ved akuttinnleggelser på sykehus ikke vil oppstå plikt til å utpeke en koordinator. Departementet foreslår derfor innføring av en koordinator (i høringsnotatet beskrevet som en pasientansvarlig koordinator).

Det er likevel slik at enkelte høringsinstanser mener at ordningen med koordinator ikke i tilstrekkelig grad erstatter ordningen med pasientansvarlig lege.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det klart fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a at koordinators ansvar også omfatter det å samordne behandlingen i forbindelse med institu-

sjonsopphold. Dette vil gjelde ved polikliniske forundersøkelser, under selve behandlingsoppholdet, og ved oppfølging og etterbehandling.

I høringsnotatet har departementet blant annet vist til uttalelse fra helse- og omsorgskomiteen om at rollen som koordinator kan fylles av flere faggrupper, og flere høringsinstanser uttaler det samme. Det er likevel slik at det for mange av de pasientgruppene som spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a vil omfatte, vil være mest naturlig at koordinator er lege. Etablering av et helhetlig behandlingstilbud til pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, som omfatter oppfølging fra flere ulike tjenesteytere, vil oftest kreve medisinskfaglig kompetanse. Det foreslås derfor en hovedregel om at koordinator bør være lege. Denne legen vil være pasientens faste medisinskfaglige kontakt. Å være medisinskfaglig kontakt innebærer at koordinator skal være det faste kontaktpunktet for pasienten i forhold som gjelder medisin og behandling.

For enkelte pasientgrupper vurderer departementet at det likevel unntaksvis kan være hensiktsmessig å bruke andre grupper helsepersonell enn lege som koordinator. Hvilke kvalifikasjoner koordinator skal ha, vil blant annet avhenge av hvilken sykdom pasienten har og hvor pasienten befinner seg i pasientforløpet. Fysioterapeuter kan for eksempel være mest egnet til å koordinere enkelte rehabiliteringsforløp, mens sykepleiere kan være egnet til å koordinere behandlingen for stomipasienter, ved enkelte typer palliativ behandling, for dialysepasienter, mv. Det foreslås derfor at også andre typer helsepersonell, som for eksempel ernæringsfysiologer, sykepleiere, psykologer eller fysioterapeuter, kan være koordinator når dette anses mest hensiktsmessig og forsvarlig. Når det oppnevnes koordinator som ikke er lege, er det helt vesentlig at koordinatoransvaret utøves i nært samarbeid med behandlingsansvarlig lege.

På denne bakgrunn foreslår departementet at bestemmelsen om pasientansvarlig lege m.m. i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 ikke videreføres, men at det i stedet tas inn en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven om koordinator. I likhet med det som foreslås for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, foreslås det at koordinator skal ha hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, og sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i pasientforløpet tilsier det, skal koordinator også følge opp i forhold til personell utenfor institusjonen som har eller vil

få et behandlings- eller oppfølgingsansvar overfor pasienten. Dette kan gjelde i forhold til fastlege, koordinator i kommunehelsetjenesten, hjemmesykepleie, og spesialist i et annet helseforetak.

Koordinator skal også ha ansvaret for å samordne behandlingen i forbindelse med institusjonsopphold. Det må derfor alltid vurderes konkret når behovet for koordinator oppstår i forhold til den aktuelle pasient. Dersom behovet for koordinator avdekkes allerede ved poliklinisk konsultasjon forut for selve behandlingsoppholdet, skal koordinator utpekes før institusjonsoppholdet.

Når koordinator gis «hovedansvar» blant annet for å samordne tjenestetilbudet, innebærer ikke det at koordinator må utføre alle oppgavene selv. Koordinators ansvar er et «sørge-for-ansvar». Det må etableres systemer som legger til rette for hensiktsmessige løsninger mellom samarbeidende personell og merkantile støttefunksjoner, men koordinator vil ha hovedansvaret for samordningen.

Kravet om at koordinator skal opprettes «for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester» må tolkes slik at det i alle tilfeller skal foretas en konkret vurdering av pasientens reelle behov for en koordinator. I praksis må samordningsbehov og kompleksitet i tjenestebehov ses i sammenheng med tidsaspektet.

Det vil være naturlig at leder i den aktuelle avdelingen utpeker koordinator, og det bør i det enkelte helseforetak etableres rutiner for hvordan koordinatoren utpekes, hvordan dette dokumen-

teres, hvordan pasienten informeres, og hvordan funksjonen skal ivaretas når koordinatoren ikke er på jobb.

Departementet ønsker å presisere at det svært ofte vil være hensiktsmessig at koordinator også har rollen som informasjonsansvarlig etter helsepersonelloven § 10. Kombinasjonen av rollen som koordinator og informasjonsansvarlig vil gi koordinator et mer helhetlig ansvar overfor pasienten og minske faren for ansvarspulverisering, mange kontaktpunkter og uklare ansvarsforhold. Dette anses som særlig viktig både for pasienten på individnivå og i et samhandlingsperspektiv. Samme vurdering bør foretas i forhold til hvem som skal ha overordnet ansvar for pasientens journal etter helsepersonelloven § 39 andre ledd.

Det er et ledelsesansvar å sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatortolle, og det må etableres systemer og rutiner som skaper flyt i koordinatoransvaret også ved fravær og ved ferieavvikling med videre. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å utpeke en stedfortreder.

For pasienter med gjentatte innleggelser bør det ved oppnevning av koordinator i størst mulig grad legges opp til at pasienten får samme koordinator ved hvert opphold.

Skulle det oppstå forhold, for eksempel uoverensstemmelser, som gjør at pasienten ønsker eller bør få en ny koordinator, bør det legges opp til at koordinerende enhet gjør en vurdering av muligheten for å oppnevne en ny koordinator.

33 Pasienters og brukeres innflytelse

33.1 Innledning

Økt brukermedvirkning er et virkemiddel for å nå samhandlingsreformens mål om bedre koordinerte tjenester. Kommunen skal ha ansvar for at det skjer en nødvendig koordinering og samhandling mellom tjenestene, jf. lovforslaget §§ 3-1 og § 4-1. Brukerne kan bidra til å fremme samhandling og koordinering med sin kunnskap og erfaring om behovet for helhet i tilbudet.

33.2 Gjeldende rett

Etter helseforetaksloven § 35 skal regionalt helseforetak sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med foretakets årlige utarbeidelse av plan for virksomheten i de kommende årene, jf. bestemmelsens første ledd. Av andre ledd følger det at regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Kommunehelsetjenesteloven inneholder ingen tilsvarende bestemmelse om pasient- og brukermedvirkning på systemnivå. I sosialtjenesteloven § 3-3 er det fastslått at sosialtjenesten «bør samarbeide med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som sosialtjenesten.»

33.3 Forslag i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste

Wisløffutvalget påpekte i NOU 2005:3 at det i tillegg til den enkeltes medvirkning, er nødvendig å gi rom for brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning, og at målet er å utvikle tjenester og tilbud som er tilpasset brukergruppens behov. Utvalget foreslo at det ble innført en tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i

kommunehelsetjenesteloven som i helseforetaksloven § 35. Utvalget forutsatte at formaliserte fora for brukermedvirkning skulle forankres i ledelsen i kommunen, og at det ble avsatt ressurser i administrasjonen som kan ivareta saksbehandlings- og sekretærfunksjoner. Det ble også vist til at den foreslåtte bestemmelsen ville gi kommunene stor frihet til selv å organisere brukermedvirkning i samarbeid med brukerorganisasjonene.

33.4 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet en egen bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven om pasienters og brukeres medvirkning, jf. lovforslaget § 12-3. Det ble foreslått at kommunen skulle få plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det ble også foreslått at kommunene skulle få en plikt til å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

33.5 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som har uttalt seg om høringsnotatets forslag om en egen lovbestemmelse om pasienters og brukeres medvirkning i forbindelse med utvikling av kommunens helse- og omsorgstjenester. Av høringsinstansene som har uttalt seg, støtter flertallet uttrykkelig departementets vurderinger og forslag til lovbestemmelse. Ingen av høringsinstansene er uenige i forslaget.

Fylkesmannen i Finnmark, Flekkefjord kommune, Kristiansand kommune, Helse Sør-Øst RHF's brukerråd og Kreftforeningen er blant høringsinstansene som er positive til at det lovfestes en plikt for kommunene til å sørge for pasienters og brukeres medvirkning. Kreftforeningen skriver blant annet følgende:

«Økt brukermedvirkning er et virkemiddel for å nå samhandlingsreformens mål om bedre koordinerte tjenester. Dette er Kreftforeningen svært opptatt av. I en nylig publisert norsk studie i Tidsskrift for den norske legeförening kommer det frem at pasienter generelt ikke deltar i utarbeidingen av kliniske retningslinjer i Norge, og utviklere av retningslinjer inkluderer stort sett ikke pasienters synspunkter ved litteratursøk eller systematisk innsamling av informasjon. Denne studien gjelder utarbeiding av kliniske retningslinjer, men Kreftforeningen vet at det også på mange andre områder er lite pasient- og brukermedvirkning.

Kreftforeningen er derfor fornøyd med at det nå skal lovfestes en plikt for kommunene til å sørge for pasient- og brukermedvirkning. Dette vil medføre en rekke nye oppgaver for kommunene i forbindelse med at pasienter og brukere skal bli hørt i forbindelse med utvikling av kommunenes samlede helse- og omsorgstjenester. Det foreslås også at kommunene får en plikt til å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter (jf. § 12-3). Departementet antar i høringsnotatet at administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene vil være beskjedne. Kreftforeningen vil påpeke at ressursene dette krever ikke må undervurderes dersom disse dataene skal være nyttige for evaluering og forbedring av helse- og omsorgstjenestene.»

Også *Diabetesforbundet* uttaler at forbundet er positiv til lovforslaget. Diabetesforbundet uttaler i tillegg:

«Det er etter vårt syn en svakhet at det i lovforslaget tillegges kommunen en plikt til å utarbeide systemer for brukermedvirkning, men ikke hvordan og på hvilket nivå. Aktiv brukermedvirkning må etableres både for brukeren på individnivå og for brukerorganisasjonene på systemnivå. Brukere og brukerrepresentanter skal delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Brukermedvirkning bidrar til økt treffsikkerhet i forhold til utforming og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud. Diabetesforbundet har god erfaring med den måten brukermedvirkning har blitt ivaretatt på i spesialisthelsetjenesten og ønsker at tilsvarende systemer blir innført i kommunene. Videre må brukerrepresentanter

inkluderes i opprettelsen av kvalitetsutvalg eller tilsvarende.»

Norsk Psykiatrisk Forening uttaler følgende i tilknytning til lovforslaget § 12-3:

«Brukermedvirkning i kommunenes helse og omsorgsarbeid er viktig for å levere gode tjenester. Men for at dette skal bli reelt og ha innflytelse, må det legges til rette for det på nye måter. Her er det viktig å hente ideer fra andre land og vellykkete forsøk. Kommunene må pålegges å synliggjøre innflytelse fra brukere i sine årsmeldinger og beskrive hvilke tiltak brukere har foreslått og hvordan dette er implementert og tatt hensyn til. For at brukere skal bli engasjert, må de ha en opplevelse av innflytelse. For eksempel kan kommuneoverlegen pålegges å ha årlige møter med de ulike brukerorganisasjonene.»

33.6 Departementets vurderinger og forslag

Mange kommuner har allerede iverksatt tiltak for å sikre økt brukerinnflytelse på systemnivå for utviklingen av tjenestene. Ved å sikre brukerinnflytelse på alle nivå vil tilbudene utvikles i takt med brukernes behov og fokus rettes mot det som er viktigst for brukerne.

Det er en økende erkjennelse av at pasientenes og brukernes kunnskap om helse- og omsorgstjenesten på tvers av fag og spesialiteter er sentralt for å skape en helhetlig tjeneste. Det er en internasjonal trend at pasienter og brukere involveres, ikke bare i individuelle behandlingsplaner, men også i diskusjon av organisering og strukturelle endringer. I tillegg er pasient- og brukerinnflytelse viktig for pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid og for å sikre at kommunen tilbyr på forsvarlig måte de tjenester den enkelte pasient eller bruker har rett til. Etter departementets vurdering er det nødvendig at alle kommuner har en systematisk tilnærming til hvordan pasienter og brukere involveres i utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

På denne bakgrunn foreslår departementet at kommunene i lovforslaget § 3-10 første ledd gis plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste. Det foreslås også at kommunene plikter å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, etablerer sys-

temer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Se forslag til § 3-10 andre ledd. Bestemmelsene skal sikre pasient- og brukerinnflytelse på systemnivå innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Lovforslaget regulerer ikke hvordan og på hvilket nivå det skal etableres systemer for denne type pasient- og brukerinnflytelse. Hvilke systemer som er mest hensiktsmessige vil kunne variere mellom kommuner og mellom ulike virksomheter.

Departementet foreslår også å lovfeste en bestemmelse om at helse- og omsorgstjenesten bør samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og

omsorgstjenesten. Bestemmelsen foreslås inntatt som tredje ledd i lovforslaget § 3-10 og skal videreføre sosialtjenesteloven § 3-3.

Departementet anser at begrepet pasient- og brukerinnflytelse bedre beskriver formålet med bestemmelsene enn høringsforslagets bruk av pasient- og brukermedvirkning. Lovforslaget er endret i tråd med dette.

Det foreslås presisert i bestemmelsen at for kommuner innenfor forvaltningsområdet for samisk språk, vil det gjelde en særlig plikt til å sørge for at samiske pasienters og brukeres behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utforming av tjenesten. Se nærmere punkt 9.14.

Del VI
Klage- og tilsynsordninger

34 Klageordning

34.1 Innledning

Dagens lovgivning har tre forskjellige klageordninger for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ordningene er regulert i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rettsbildet er komplisert og uoversiktlig. Nedenfor vil det først bli gitt en fremstilling av organisering av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket, gjeldende rett og forslag i NOU 2004:18. Deretter vil det bli redegjort for forslag i høringsnotatet, høringsinstansenes syn og departementets vurdering og forslag.

34.2 Organisering av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket

Fylkesmannen har som oppgave å iverksette statlig sektorpolitikk lokalt og regionalt – rettslig korrekt, helhetlig og samordnet. Fylkesmannen utfører oppgaver for til sammen 12 departementer og 8 direktorater og tilsyn. Hvert departement er faglig overordnet embetet på det aktuelle fagområdet. Fylkesmannen utøver myndighets-, rettssikkerhets- og kontrollfunksjoner etter en rekke lover, blant annet ved å være regional klage- og/eller tilsynsinstans etter lover som opplæringsloven, barnevernloven, barnehageloven, sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, plan- og bygningsloven, lov om kommunal beredskapsplikt, havne- og farvannsloven, forurensingsloven og krisesenterloven.

De tidligere fylkeslegeembetene og Statens utdanningskontor i fylkene ble med virkning fra 1.1.2003 integrert i fylkesmannsembetene. Bakgrunnen for iverksettingen var St meld nr 31 (2000-01) om oppgavefordeling (Bondevik I) og Stortingets tilslutning til denne gjennom behandlingen av Innst S nr 307 (2000-01). I meldingen het det blant annet:

«Fylkesmannen er sektormyndighet og sentrale myndigheters regionale apparat på flere områder. Regjeringens forslag om å integrere

fylkeslegen og statens utdanningskontor i fylkesmannsembetet innebærer at oppgaver og ansvar på de to områdene formelt legges til fylkesmannen som fylkesmannsembetets leder. SHD og KUF vil innenfor sine områder ha direkte instruksjonsadgang overfor fylkesmannen i faglige spørsmål, jf. gjeldende fylkesmannsinstruks. Oppgavene forutsettes imidlertid delegert til de faglige lederne i embetene.»

Den daværende regjering og Stortingets forutsetning var altså at fylkeslegen skulle integreres på lik linje med det som tidligere hadde skjedd ved integrasjonene på beredskaps-, miljøvern- og landbruksområdene, og på lik linje med det som parallelt skjedde med statens utdanningskontorer. Med andre ord var forutsetningen at den faglige, administrative og budsjettmessige myndigheten ble lagt til fylkesmannen. Ved gjennomføringen av integrasjonen av fylkeslegen ble det imidlertid gjort et unntak fra dette prinsippet ved at den faglige myndigheten på klage- og tilsynsområdet fortsatt skulle ligge direkte til fylkeslegen, men nå som embetsmann underlagt fylkesmannen i alle andre sammenhenger.

Unntaket er hjemlet i en avtale mellom det daværende Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Helsedepartementet. Bakgrunnen for avtalen var dels et ønske fra helsehold om å beholde den direkte myndighetskoplingen inn i den nye organiseringen, og dels et ønske om å gi rom for en vurdering av en slik rolle for Fylkesmannen (rollen som tilsyns- og klageorgan i kombinasjon med rollen som statlig sektororgan). Av avtalen fremgår det blant annet:

«Som del av den forestående gjennomgang og vurdering av statlige tilsyn vil jeg be om en særlig vurdering av om hvorvidt den kombinasjon av oppgaver som tilsynsmyndighet, klagemyndighet og utøvende sektorforvaltning, som kjennetegner dagens regionale statsforvaltning (og særlig fylkesmannsembetene), er prinsipielt forenlig med de krav regjeringen bør stille til uavhengige tilsyn på sentralt nivå.

«Dette vil naturlig også berøre fylkeslegen, og i den forbindelse vil spørsmålet om fylkeslegens plass i det regionale system måtte finne sin endelige avklaring.»

I St. meld. nr. 17 (2002-2003) om statlige tilsyn tok likevel ikke regjeringen (Bondevik II) opp spørsmålet knyttet til tilsyn med kommunene, jf. Innst. S. nr. 222 (2002-2003). Om dette heter det blant annet i meldingen:

«En viktig del av statens tilsynsvirksomhet gjelder nettopp kommunene. Det er imidlertid så mange spesielle problemstillinger knyttet til denne delen av tilsynsarbeidet – blant annet fordi omfanget av tilsyn må veies opp mot det kommunale selvstyret og den demokratiske kontroll som utøves gjennom dette – at det ikke er naturlig å velge de samme løsninger på dette området som på andre områder der staten fører tilsyn. Regjeringen vil derfor senere komme tilbake til spørsmålet om tilsyn med kommunenes virksomhet som en egen sak i en dertil egnet form.»

Som oppfølging av dette ble Aaslandutvalget opprettet. Dette utvalget fikk blant annet i oppdrag å utrede behovet for og innretning av det statlige tilsynet med kommunesektoren. I utvalgets innstilling NOU 2004: 17 er spørsmålet om helsetilsynets regionale organisering behandlet. Det fremgår her blant annet:

«Etter utvalgets oppfatning er ikke denne organiseringen av tilsyn med helsetjenesten i tråd med det som var formålet med integreringen, nemlig å samordne statens styring av kommunesektoren. Utvalget viser til at det er en sammenheng mellom organisering og samordning, og til de argumentene som en anførte for å samle tilsynet med kommunesektoren med fylkesmannen. Etter utvalgets oppfatning gjør de samme argumentene seg gjeldende for å legge tilsynet med helsetjenesten under fylkesmannen. Det vil gi fylkesmannen bedre muligheter til å samordne tilsynet med de kommunale helsetjenestene med tilsynet med øvrige kommunale tjenester. Tilråding nr. 12: Oppgavene til Helsetilsynet i fylket overføres til fylkesmannen.»

For nærmere omtale av tilsyn vises til kapittel 35.

Praktisering og omfang

Alle ansatte i det tidligere fylkeslegeembetet ble fra 1. januar 2003 tilsatt i fylkesmannsembetet. I de fleste embetene er disse organisatorisk plassert i en sammenslått helse- og sosialavdeling (sammen med den tidligere sosialavdelingen hos Fylkesmannen). Noen embeter har valgt å ha en egen helseavdeling. Tittelen fylkeslege er beholdt som stillingsbetegnelse for lederen av helse- og sosialavdelingen eller helseavdelingen. Fylkeslegen inngår i fylkesmannens ledergruppe, i prinsippet på lik linje med de øvrige avdelingsdirektørene. Der faglig myndighet etter særordningen er lagt til Helsetilsynet i fylket, utøves den av fylkeslegen i en direkte ansvarslinje til Statens helsetilsyn utenom fylkesmannen. I slike saker benyttes ikke Fylkesmannens brevpapir, men et eget brevpapir for Helsetilsynet i fylket.

34.3 Gjeldende rett

34.3.1 Sosialtjenesteloven

For omsorgstjenestene er klageordningen regulert i sosialtjenesteloven. Det som kan påklages etter denne loven, er enkeltvedtak truffet av sosialtjenesten, jf. § 8-6. Fylkesmannen er klageinstans. Hovedregelen er at Fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket, men når det gjelder prøvingen av det frie skjønn, kan Fylkesmannen bare endre vedtaket når skjønnet er «åpenbart urimelig», jf. § 8-7 første ledd. Av forarbeidene til loven fremgår det at departementet mente at en slik begrenset omgjøringsadgang var mer i samsvar med prinsippene for det kommunale selvstyre og hensynet til kommunens frihet til å utforme hjelpetilbud, jf. Ot. prp. nr. 29 (1990-91). I tillegg fremgår det at «Hvor grensen går mellom lovanvendelse og forvaltningsskjønn vil ikke alltid være så klart. Også lovanvendelse vil ofte innebære betydelige skjønnsmessige elementer.»

Hvis et vedtak som gir klageren medhold ikke kan iverksettes straks, kan Fylkesmannen etter sosialtjenesteloven § 8-7 andre ledd bestemme at det straks skal settes i verk midlertidige tiltak som kan dekke det øyeblikkelige behovet.

Hovedregelen etter sosialtjenesteloven er at forvaltningsloven gjelder, jf. sosialtjenesteloven § 8-1 første ledd. Det gjelder imidlertid enkelte særregler etter sosialtjenesteloven, og en av disse gjelder partsforholdet. Hvis flere samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, skal de ikke regnes som parter i samme sak, jf. sosialtjenesteloven § 8-1 andre ledd. Dette innebærer at en søker

som mener seg forbigått, ikke kan klage over at en annen har fått ytelsen. Begrunnelsen for dette unntaket er at opplysninger om den enkelte søkers personlige forhold som regel er av en slik art at de bør være beskyttet mot innsyn fra andre parter i sterkere grad enn det som følger av forvaltningsloven.

I årene 2007-2009 behandlet Fylkesmennene gjennomsnittlig cirka 1200 klager årlig etter de kapitlene i sosialtjenesteloven som vil inngå i den nye loven.

34.3.2 Kommunehelsetjenesteloven

Klageordningen for kommunale helsetjenester er regulert i kommunehelsetjenesteloven § 2-4. Av første ledd fremgår det at den som søker helsehjelp, kan påklage avgjørelsen etter § 2-1 til det organet kommunestyret bestemmer. I tillegg fremgår det at avgjørelser etter § 2-1a kan påklages, det vil si avgjørelser om pasientrettigheter i fastlegeordningen. Det er også bestemt at klageorganet under behandlingen av klagen skal ha fra tre til fem medlemmer.

Går avgjørelsen klager imot eller avvises klagen, kan det klages videre til Helsetilsynet i fylket, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-4 andre ledd. Dette betyr at det etter kommunehelsetjenesteloven er to klageinstanser.

Kommunehelsetjenesteloven har ingen særregulering av klageinstansens kompetanse. I forarbeidene til loven (Ot.prp. nr. 66,1981-82) er det presisert:

«Det man kan klage over, er at man ikke får sin rett til helsehjelp. (...) Det man har rett til, er nødvendig hjelp av rimelig standard. Man kan ikke forlange det ideelle. Derfor kan man ikke klage over at en diagnose viser seg å være feilaktig, en medisin mindre heldig e. l., medmindre det dreier seg om grove feil. Man kan ikke klage over at man må vente på tur til å komme inn til lege, få fysikalsk behandling, eller hjemmebesøk av lege. Klagen kan bare rettes mot usaklig forskjellsbehandling, eller hvis kommunens helsetjeneste ikke holder rimelige minstemål.»

Kommunehelsetjenesteloven § 2-4 tredje ledd regulerer klagefrist og forholdet til forvaltningsloven. Fristen for å klage er tre uker fra vedkommende fikk «høve» til å klage. En klage som kommer etter fristen, kan likevel tas under behandling «når det finnes rimelig at den blir prøvd». I Ot. prp. nr. 66 (1981-82) er dette forklart slik at det

kan tas hensyn til at vedkommende ikke har vært klar over klageadgangen, at en avgjørelse vil være av stor betydning og lignende. Her er det også presisert at en avvisning av klage kan påklages.

For øvrig gjelder forvaltningslovens regler om klage, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-4 fjerde ledd siste punktum. Denne regelen ble tilføyd ved lov 14. april 2000, og det ble i forarbeidene (Ot.prp. nr. 99, 1998-99) presisert at dette var en klargjøring av gjeldende rett. Dette innebærer at regelen i forvaltningsloven § 34 andre ledd om statlig klageorgans kompetanse ved overprøving av kommunale vedtak kommer til anvendelse, slik at Helsetilsynet i fylket må legge vekt på det kommunale selvstyret ved klage på vedtak etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4.

I årene 2007-2009 behandlet Helsetilsynet i fylkene årlig cirka 150 klager etter kommunehelsetjenesteloven.

34.3.3 Pasientrettighetsloven

Klageordningen etter pasientrettighetsloven er regulert i lovens kapittel 7. I forarbeidene til denne loven (Ot. prp. nr. 12, 1998-99) ble det vist til at flertallet av avgjørelsene som treffes i helsevesenet, er uformelle avgjørelser, truffet av det enkelte helsepersonell uten krav til saksbehandling. Videre ble det lagt til grunn at innføring av klagerett kunne kompensere for manglende rettsikkerhetsgarantier ved uformelle avgjørelser.

Etter pasientrettighetsloven § 7-1 første ledd kan pasient eller representant for pasienten som mener at nærmere angitte bestemmelser er brutt, anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt. Dette gjelder bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4 og §§ 5-1, 6-2 og 6-3, det vil si den materielle retten til helsehjelp etter § 2-1 og prosessuelle rettigheter regulert i kapittel 2 – 6. Av § 7-1 andre ledd fremgår det at også andre som mener de ikke har fått oppfylt sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6, kan anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt. Ifølge Ot. prp. nr. 12 (1998-99) er retten til å anmode om oppfyllelse ment å virke som en «uformell og ubyråkratisk måte å løse tvister mellom pasient og helsetjeneste». Ordningen innebærer at saken kan løses på lavest mulig nivå. Henvendelsen kan rettes til vedkommende helsepersonell personlig, til helsepersonellet overordnede eller til helseinstitusjonen som sådan.

Dersom den som yter helsehjelp avviser anmodningen, eller mener at rettighetene er oppfylt, kan det klages til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2. Det er presisert at klagen

skal sendes til Helsetilsynet i fylket. Dette betyr at det er gjort unntak fra forvaltningsloven § 32, som bestemmer at klagen skal settes frem for det forvaltningsorganet som har truffet vedtaket. Av Ot.prp. nr. 12 (1998-99) fremgår det at begrunnelsen for dette unntaket er å «unngå at det legges for store byråkratiske byrder på den som yter helsetjeneste». Det fremgår også at kommunen i kraft av sin instruksjonsrett over helsetjenesten kan opprette egne klageorganer hvis den finner det nødvendig.

Pasientrettighetsloven § 7-3 regulerer minstekrav til klagens form og innhold. Her er det bestemt at klagen skal være skriftlig, og at den må være undertegnet av pasienten eller den som representerer pasienten. Videre fremgår det at klagen bør nevne det forhold som det klages over, og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen. Det er også presisert at Helsetilsynet i fylket skal sette en kort frist for rettelsette eller utfylling hvis klagen inneholder feil eller mangler. Denne bestemmelsen gjelder bare ved klage til Helsetilsynet i fylket og ikke ved anmodning om oppfyllelse etter pasientrettighetsloven § 7-1.

Pasientrettighetsloven § 7-5 regulerer frist for anmodning og klage. Fristen for anmodning etter § 7-1 er fire uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning, mens fristen for å klage til Helsetilsynet i fylket er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen.

Etter pasientrettighetsloven § 7-6 skal forvaltningslovens regler om enkeltvedtak og klage gjelde «så langt de passer» for Helsetilsynet i fylkets behandling av klagesaker, med de særreglene som er gitt i kapittel 7. Departementet har lagt til grunn at regelen i forvaltningsloven § 34 andre ledd gjelder ved klageinstansens prøving av kommunale vedtak, men ikke ved prøving av avgjørelser fattet av helsepersonell i klinisk virksomhet eller prøving av vedtak/avgjørelser fattet i spesialhelsetjenesten.

Klagereglene i pasientrettighetsloven kapittel 7 gjelder i tillegg til klagereglene i kommunehelsetjenesteloven. Departementet har lagt til grunn at pasienten står fritt til å velge om vedkommende vil benytte klageordningen etter kommunehelsetjenesteloven eller pasientrettighetsloven.

Pasientrettighetsloven § 7-4 regulerer adgang til å be tilsynsmyndigheten vurdere mulig brudd på plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven, jf. kapittel 35, der regulering av tilsyn blir behandlet.

I årene 2007-2009 behandlet Helsetilsynet i fylkene årlig mellom 600 og 650 klager etter pasientrettighetsloven. Det foreligger ikke tall for bruk av årsverk til behandling av disse klagenes.

34.3.4 Forvaltningsloven

Forvaltningsloven har regler om klage i kapittel VI. Av § 28 fremgår det at enkeltvedtak kan påklages til det forvaltningsorgan (*klageinstansen*) som er nærmest overordnet det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket (*underinstansen*). Det er også presisert at med mindre Kongen bestemmer noe annet, kan klageinstansens vedtak i klagesak ikke påklages. I tillegg har § 28 særlige regler om adgang til å klage på klageinstansens vedtak om å avvise en klage. Klagefrist, når klagen må være fremsatt og oversitting av klagefristen er regulert i §§ 29-31, mens klagens adressat, form og innhold er regulert i § 32. I § 32 fremgår det blant annet at klagen skal «fremsettes for det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket; dersom muntlig klage er tillatt, skal erklæringen settes opp skriftlig av vedkommende forvaltningsorgan». Forvaltningsloven § 33 regulerer saksforberedelsen i klagesak. Her fremgår det at kapittel IV og V skal gjelde tilsvarende, når ikke annet følger av § 33. Videre fremgår det at underinstansen skal foreta de undersøkelser klagen gir grunn til, og at den kan oppheve eller endre vedtaket dersom den finner klagen begrunnet. Dersom vilkårene for å behandle klagen ikke foreligger, er hovedregelen at underinstansen skal avvise saken. Hvis underinstansen ikke avviser, opphever eller endrer vedtaket, skal sakens dokumenter sendes klageinstansen så snart saken er tilrettelagt.

Forvaltningsloven § 34 andre ledd regulerer *klageinstansens kompetanse*. Her er det bestemt at klageinstansen kan prøve alle sider av saken, at den skal vurdere de synspunktene som klageren kommer med, og at den også kan ta opp forhold som ikke er berørt av klageren. Denne paragrafen har også en særregel for tilfeller der statlig organ er klageinstans for vedtak truffet av en kommune eller fylkeskommune. I slike tilfeller skal klageinstansen «legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn». Denne bestemmelsen ble tilføyd ved lovendring 10. januar 1997 nr. 7 (særlovsprosjektet fase 2). I forarbeidene til bestemmelsen (Ot.prp. nr. 51, 1995-96) fremgår det:

«Høringsuttalelsene, særlig fra fylkesmennene, viser imidlertid at det i praksis allerede utvises tilbakeholdenhet med å overprøve

kommunalforvaltningens frie skjønnsutøvelse. Etter departementets mening bør et slikt prinsipp for forholdet mellom staten og kommunene i klagebehandlingen nedfelles i en lovregel. (...) Departementet legger til grunn at en slik bestemmelse i stor grad vil føre til de samme resultater som forslaget om ikke-plikt til prøving av det frie skjønn. (...) Forslaget vil trolig heller ikke innebære vesentlige endringer i forhold til dagens praksis på de fleste lovområder. Departementet antar at det likevel vil være av selvstendig betydning å få lovfestet som et generelt prinsipp at hensynet til det kommunale selvstyre skal inngå i de samlede avveiningene som foretas i forbindelse med avgjørelse av klagesaker.»

Ifølge Ot.prp. nr. 51 (1995-96) er særregelen i forvaltningsloven § 34 «ikke ment å innebære en svekkelse av rettssikkerheten for parter og klager i forvaltningsklager». I tillegg fremgår det:

«(...) tilføyelsen i § 34 andre ledd tredje punktum innebærer at klageinstansen i tillegg til klagers anførsler skal legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyre. I praksis vil dette innebære en viss terskel for klageinstansen i forhold til å endre kommunale eller fylkeskommunale vedtak på grunnlag av overprøving av det frie skjønnet. (...)Regelen utformes som en standardregel, noe som innebærer at den kan tilpasses de ulike områdene alt etter i hvor sterk grad hensynet til det kommunale selvstyret gjør seg gjeldende.»

Forvaltningsloven § 34 fjerde ledd regulerer klageinstansens kompetanse ved utfallet av kontrollen. Klageinstansen kan velge mellom å treffe nytt vedtak i saken eller å oppheve det påklagete vedtaket og sende saken tilbake til underinstansen «til helt eller delvis ny behandling».

34.4 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget foreslo i NOU 2004:18 (*Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*) en hovedregel om at alle vedtak om tildeling av tjenester kan påklages til Fylkesmannen. Begrensninger ble foreslått for beslutninger om den praktiske gjennomføringen av et tjenestetilbud og for tilfeller der flere samtidig søker om en tjeneste det er knapphet på. Utvalget viste til at det etter gjeldende rett er to forskjellige instanser som skal behandle klager på

kommunale sosial- og helsetjenester, avhengig av hvilken lov som hjemler tjenestene. Ifølge utvalget er et slikt tosporet system uoversiktlig for tjenestemottakeren, og det kan være særlig uheldig ved sammensatte tjenester. «I verste fall kan klager på likeartede tjenester få forskjellig utfall avhengig av om Helsetilsynet i fylket eller fylkesmannen har behandlet saken». Utvalget mente derfor at det bør være en klageinstans for klager etter sosial- og helselovgivningen, og at dette burde være Fylkesmannen, som kan være en samlende instans. Utvalget presiserte at forslaget ikke er til hinder for at klageinstansen fordeler oppgaver internt i organet og forutsatte at forslaget skulle erstatte pasientrettighetsloven § 7-2 når det gjelder klager over tildeling av helsetjenester.

Utvalget foreslo at i tilfeller der klager ikke får fullt medhold av kommunen, skal klagen sendes Fylkesmannen, hvis ikke klager meddeler at hun eller han ønsker å trekke klagen tilbake. Det samme ble foreslått for tilfeller der klagen ikke er ferdigbehandlet senest fire uker etter at den er fremsatt. Utvalgets begrunnelse var at det på de saksområder forslagene gjelder, gjennomgående er svært viktig å få en raskest mulig avgjørelse.

Utvalget viste til at spørsmålet om Fylkesmannen kan og bør prøve forvaltningsskjønnet i saker om sosial- eller helsesaker, er omstridt. Ifølge utvalget er dagens regler, både reglene i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven, uklare når det gjelder omfanget av prøvingen i klageinstansen. Utvalget var imidlertid delt i spørsmålet om hvordan nye regler om klageinstansens kompetanse bør utformes. *Flertallet* foreslo at Fylkesmannens kompetanse skal tilsvare klageinstansens kompetanse etter forvaltningsloven, slik at Fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket, men at det ved prøving av forvaltningsskjønnet skal legges vekt på det kommunale selvstyret. *Mindretallet* foreslo en lovbestemmelse der det ble presisert at Fylkesmannen ved klagebehandlingen skal kontrollere at avgjørelsen er innholdsmessig lovlig, at den er truffet av rett person eller organ, og at den bygger på betryggende saksbehandling, korrekt faktum og en forsvarlig skjønnsutøving.

34.5 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet flere endringer i reguleringen av klageordning. De kan oppsummeres slik:

- Reglene om klage samles i pasientrettighetsloven.

- Mottakere av tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, skal i likhet med mottakere av helsehjelp få en lovregulert adgang til å klage over manglende oppfyllelse av prosessuelle rettigheter etter pasientrettighetsloven.
- Klagen skal sendes til den som har truffet vedtaket eller avgjørelsen.
- Regelen i pasientrettighetsloven § 7-1 (anmodning om oppfyllelse) oppheves.
- Ordningen med to klageinstanser, som i dag gjelder etter kommunehelsetjenesteloven, oppheves.
- Reglene i forvaltningsloven om behandling av klager over enkeltvedtak skal gjelde så langt de passer, både for underinstansen og klageinstansen – med de særreglene som følger av den nye loven.
- Det ble foreslått felles klageinstans for tjenestene i den nye loven, men det ble ikke konkludert i spørsmålet om hvem som bør være felles klageinstans. Høringsinstansene ble spesielt oppfordret til å uttale seg om dette.
- Ved prøving av kommunale vedtak skal klageinstansen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, «herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene ut over lovens krav».
- Ved prøving av kommunale vedtak kan klageinstansens oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen, men klageinstansen kan ikke selv treffe nytt vedtak i saken.

34.6 Høringsinstansenes syn

34.6.1 Generelt

Høringsinstansene slutter seg til at klagereglene for kommunale helse- og omsorgstjenester bør harmoniseres og forenkles.

Helsedirektoratet uttaler:

«Dagens kompliserte regler om klage og tilsynsordninger, er en rettssikkerhetsmessig utfordring. Den viktigste utfordringen for ny lov er derfor å skape et mer oversiktlig og lett tilgjengelig regelverk. Reglene må være pedagogisk utformet, da de skal være enkle å forstå og praktisere for personer i sårbare situasjoner.

(...). En felles klageinstans og felles klage-regler mv. vil innebære en forenkling av dagens parallelle klageordninger for personer med sammensatte behov, og den vil bidra til at

pasienter og brukere lettere får oversikt over sine rettigheter. Mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser benytter i liten grad muligheten til å klage. En forenkling av regelverket kan bidra til at flere vil klage på uforvarslike tjenester.

Videre er det et viktig grep at klageordningen utvides til at mottakere av tjenester som i dag er regulert av sosialtjenesteloven gis adgang til å klage over prosessuelle rettigheter (rett til medvirkning, informasjon, samtykke, individuell plan) etter pasientrettighetsloven.

(...) Direktoratet slutter seg til forslaget om felles klageadgang for tjenestene, da vi anser at dette styrker brukervennligheten både for pasient og helsetjenesten, så vel som forvaltningen.»

Med noen få unntak er høringsinstansene enige i at klage- og tilsynsoppgavene etter den nye loven bør være samlet hos en instans. Det er imidlertid delte meninger om denne instansen bør være Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket. Høringsinstansene har også sluttet seg til at Statens helsetilsyn fortsatt bør ha et overordnet ansvar. Forslaget til begrensninger i klageinstansens kompetanse har møtt mye motstand, og mange av høringsinstansene har begrenset sin uttalelse om klageordning til å gjelde dette spørsmålet, jf. punkt 34.6.3.

34.6.2 Klageinstans

Flertallet av høringsinstansene mener at klageinstansen bør være Fylkesmannen. *Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet*, et klart flertall av *Fylkesmennene* og *kommunene*, flertallet av brukerorganisasjonene og halvparten av Helsetilsynet i fylkene gir uttrykk for dette. Disse viser særlig til at en samling hos Fylkesmannen vil hindre uklare roller og innebære en mindre fragmentert stat. Det vises også til hensynet til samordning med andre kommunale sektorer, og at Fylkesmannen har lang tradisjon som klage- og «rettssikkerhetsinstans».

Norsk Forbund for utviklingshemmede (NFU) uttaler:

«NFU støtter forslaget om at det skal være et klage- og tilsynsorgan. Selv om det i dag er ulike regelverk fylkesmannen og helsetilsynet i fylket i dag forvalter gjør dette det vanskelig for folk å forstå hvilket organ de egentlig skal henvende seg til. En regional instans mener vi klart vil gjøre ansvarslinjene mer ryddige og

klart enklere. Når det nå skal bli en felles lov for helse- og omsorgstjenester er det desto viktigere at det kun er et regionalt organ som har ansvaret for hele loven.

NFU mener fylkesmannen bør være den regionale instansen som har klage- og tilsynsansvaret. Fylkesmannen har som departementet nevner en lang tradisjon som klageinstans. Fylkesmannen er kjent og innarbeidet fordi de over langt tid har hatt klage- og tilsynsansvar på en rekke fagområder. Dette i tillegg til at vi er skeptiske til at klage- og tilsynsorganet vil få et fokus på helse/sykdom hvis det blir helsetilsynet i fylket som får ansvaret. Som vi har poengtert innledningsvis så mener vi lovforslaget har et fokus på pasient og helse fremfor praktisk bistand, likeverd og selvstendighet.»

Fylkesmannen i Vest-Agder uttaler:

«Fylkesmannen i Vest-Agder anser at fylkesmannen er den instansen som best kan ivareta alle klage- og tilsynsoppgavene for de samlede helse- og omsorgstjenestene i kommunene og for alle øvrige helsetjenester. Dette standpunktet baseres på følgende forhold:

1. Fylkesmannen har lang tradisjon som klageinstans og som rettssikkerhetsinstans etter særlovgivningen på de fleste kommunale sektorområdene. Fylkesmannens fokus på rettssikkerhet er godt kjent i kommunene.
2. Fylkesmannen vil være klageinstans for kommunale vedtak og samtidig ha myndighet ift. lovlighetskontroll av kommunale vedtak etter kommunelovens bestemmelser.
3. At fylkesmannen blir klage og tilsynsmyndighet er i tråd både med flertallet i Berntutvalget og med Aaslandutvalget. (...)
4. Statens helsetilsyn vil fremdeles kunne ha overordnet faglig ansvar for klage- og tilsynsoppgavene for alle helse- og omsorgstjenester i landet, selv om fylkesmannen blir felles klage- og tilsynsinstans. (...)
5. Alle relevante hensyn som anføres av departementet knyttet til tilsyn og klage ift. spesialisthelsetjenesten, kan ivaretas ved å velge fylkesmannen som regional klage- og tilsynsinstans.
6. Valg av fylkesmannen innebærer en organisatorisk forenkling og bedre ryddighet i ansvarslinjene både for kommuner og enkeltpersoner. Løsningen innebærer færre statlige enheter på fylkesnivå. Det vil

være en betydelig forenkling både for kommunene som møter en tilsynsinstans uavhengig av fagområde, og for innbyggerne som får en felles tilsynsinstans for alle kommuneplikter, enten dette er på barnevernsområdet, helse, omsorg, sosialtjenester under NAV, opplæring, miljø mv.

7. Kommunelovens kap. 10 A forutsetter at det er fylkesmannen som fører statlig tilsyn med kommunesektoren. Hvis helsetilsynet i fylket skulle få hele tilsynsporteføljen på helse- og omsorgsområdet, ville det bryte med prinsippene og begrunnelsen for innføringen av egne bestemmelser i kommuneloven om dette. Det er en forutsetning for at fylkesmannen skal kunne ivareta sin rolle ift. samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren at disse oppgavene legges til fylkesmannen.
8. (...) Det forhold at oppgavene også i dag utføres av personer som er ansatt hos fylkesmannen, og at den praktiske forskjellen er at vedtak, rapporter og pålegg sendes ut på ulike brevark, tilsier at det ikke er noen realitet i en påstand om at det innebærer en faglig svekkelse å overføre det samlede ansvaret til fylkesmannen.»

Andre sentrale instanser mener at Helsetilsynet i fylket bør velges som felles klage- og tilsynsinstans. Dette gjelder *Statens helsetilsyn*, et mindretall av Helsetilsynet i fylkene og enkelte bruker- og yrkesorganisasjoner. Disse viser særlig til behov for faglig legitimitet og integritet, og at Helsetilsynet i fylket er den instansen som best kan ivareta klage- og tilsynsoppgavene for den samlede helse- og omsorgstjenesten i kommunene og for alle øvrige helsetjenester. *Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, Helsetilsynet i Aust-Agder og Helsetilsynet i Oppland* anbefaler at det ikke foretas endringer i ansvarsfordelingen mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylkene nå, men at det foretas en nærmere utredning/evaluering av Samhandlingsreformen før det tas endelig stilling til dette spørsmålet.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) uttaler:

«FFO mener det er viktig at tilsyn og klagebehandling holdes samlet. FFO understreker viktigheten av at denne instansen har nødvendig kompetanse. Vi mener videre det er viktig at både klage- og tilsynsinstansene er slagkraftige, og at disse instansene har nødvendig myndighet til å ivareta sin rolle. Det må være lett å

vite hvem man skal henvende seg til, og klage- og tilsynsinstitusjonene må videre være lett tilgjengelige for publikum.

For FFO er det viktig at Helsetilsynets faglige legitimitet og integritet videreføres. Denne posisjonen er avgjørende for en uavhengig og faglig korrekt klagebehandling. FFO har derfor kommet frem til at Helsetilsynet i fylket bør være klage- og tilsynsinstitusjon.

Helsetilsynet i Vest-Agder uttaler:

«Helsetilsynet i Vest-Agder anser at helsetilsynet i fylket er den instansen som best kan ivareta alle klage- og tilsynsoppgavene for de samlede helse- og omsorgstjenestene i kommunene og for alle øvrige helsetjenester. Dette standpunktet baseres på følgende forhold:

1. Helsetilsynet i fylket er nå et vel innarbeidet organ med opparbeidet tillit både i befolkningen, kommunene, helsetjenesten forøvrig, pasient- og brukerombudene, media m.v. Det forhold at fylkesmannen per i dag er tilsyns- og klageorgan for omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven, skaper imidlertid en viss forvirring.
2. Et skille mellom oppgavene til fylkesmannen og helsetilsynet i fylket når det gjelder oppgaver etter ny lovgivning vil – i motsetning til situasjonen i dag – gjøre at vi konsekvent får videreført til fylkesnivå det som sentralt er oppgavefordelingen mellom Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn. For kommunene vil det da være lett å forstå «hvilken hatt» man i ulike sammenhenger møter i kontakt med det statlige fylkesnivået; tilsynshatten fra helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn eller formidler- og forvaltningshatten fra fylkesmannen og Helse-direktoratet.
3. Av Difi-rapport 2009:9 «En vellykket samordning av regional stat?» s. 21 fremgår at informanter i kommunene og helseforetakene ikke opplever at «den tosporede linjen» byr på problemer. Fylkesmennene uttaler at ordningen er «mindre problematisk enn de hadde fryktet» og ikke har ført til andre praktiske problemer en at fylkeslevene må holde styr på hvilket brevpapir som skal brukes i hvilke situasjoner.
4. Helse- og klageorganet må kunne operere på tvers av fylkesgrensene overfor fylkesovergripende helseforetak og ikke minst må det opptre samordnet overfor det regionale helseforetaket. Dette er påpekt i Difi-

rapport 2009:9 ss 43-44. I Helseregion Sør-Øst, som omfatter ti fylker, er denne utfordringen særlig krevende. Fylkesmannens mandat er knyttet til fylket, og han skal «virke til gagn og beste for fylket». For spesialisthelsetjenesten kan det erfaringsmessig være diskrepans mellom hva befolkningen der mener tjener fylket best, og hva som er best for befolkningen i hele helseregionen. (...)

5. Særlig i spesialisthelsetjenesten er gjennomslagskraften og tilliten sterkt knyttet til faglig troverdighet. Vi har grunn til å frykte at denne vil være lavere overfor fylkesmannen enn for helsetilsynet i fylket, som er ledet av fylkeslegen og har direkte linje til Statens helsetilsyn. Det kan da bli enda større vanskeligheter med rekruttering av medisinsk kompetent personell til fylkesmannen til tilsynsmyndigheten enn hva som er tilfellet i dag. Det vil i så fall igjen gå ut over faglig troverdighet, særlig i spesialisthelsetjenesten, og man kan ende opp i en vond spiral.
6. Fylkesmannen er statens fremste representant i fylket og har et samordningsmandat overfor statlige virksomheter i fylket. Spesialisthelsetjenesten er den største statlige arbeidsplassen i fylket. Denne konstallasjonen kan være et vanskelig utgangspunkt for allmenn tillit til fylkesmannen som selvstendig og faglig uavhengig tilsynsorgan for spesialisthelsetjenesten.
7. Dersom klage- og tilsynsfunksjonen legges til fylkesmannen, vil det på sikt kunne tvinge fram en utskilling og regionalisering av tilsynet med spesialisthelsetjenesten til større, regionale enheter. Det vil bl.a. vanskeliggjøre realisering av intensjonene i samhandlingsreformen.»

Helsetilsynet i Telemark anfører prinsippalt at de ikke ønsker noen endring i dagens ordning. Subsidiært er det anført at «dersom det likevel skal etableres en slik felles klage- og tilsynsinstitusjon, bør dette være Helsetilsynet i fylket». Om klagebehandlingen er det uttalt:

«Klagesaksbehandlingen når det gjelder helsetjenesten (både primær- og spesialisthelsetjenesten) krever ofte en detaljert vurdering av medisinskfaglige forhold som laboratorie- og røntgenundersøkelser, kirurgiske og andre behandlingsprosedyrer, medikamentell behandling og interaksjoner mellom legemid-

ler. Disse og en rekke andre forhold må vurderes av medisinsk ekspertise, som også bør stå ansvarlig for vurderingene. Dette taler for at ansvaret bør ligge hos Helsetilsynet i fylket.»

34.6.3 Klageinstansens kompetanse

Forslaget til regulering av klageinstansens kompetanse har møtt mye motstand fra høringsinstansene. Motstanden er særlig begrunnet med at forslaget vil svekke rettssikkerheten for pasientene og brukerne. Mange har sluttet seg til uttalelsen fra *Statens helsetilsyn*, der det fremgår:

«Statens helsetilsyn vil sterkt advare mot å innskrenke klageinstansens kompetanse på et rettsområde som sikrer grunnleggende verdier for kommunens innbyggere. (...) Statens helsetilsyn er særlig bekymret for at forslaget svekker rettssikkerheten på et område der klager ofte ikke er i stand til å bruke rettsapparatet eller er i en maktposisjon til selv å endre tjenesteinnholdet. Det vil også kunne bidra til at klageinstansens vedtak som normgivende for kommunens tjenesteyting blir svekket, og at det er fare for enda større ulikheter i landet avhengig av bostedskommune. (...) Forslaget om at klageorganet bare kan oppheve vedtaket og returnere det til kommunen øker faren for at saksbehandlingen kan strekke seg over lang tid og at innholdet i vedtakene kan variere i forhold til den enkelte kommunes faglige kompetanse og innsikt.»

Advokatforeningen uttaler:

«Advokatforeningen kan ikke se at det foreligger grunner som tilsier at man på dette rettsområdet skal begrense klageinstansens kontroll med det kommunale forvaltningsskjønnet til skade for den private part i forhold til hva som er den alminnelige ordning i forvaltningsretten. Det dreier seg om vedtak truffet overfor svake grupper og hvor vedtakene vil kunne ha avgjørende betydning for deres helsetilstand og livskvalitet. Slike vedtak i enkeltsaker vil som regel ikke gjelde den generelle organiseringen av kommunens helse- og omsorgstjenester, men den konkrete skjønnsutøvelsen overfor den enkelte pasient eller bruker. Det vil, som påpekt av professor Jan Fridtjof Bernt i hans høringsuttalelse, ikke dreie seg om å skjærme et politisk skjønn utøvd av folkevalgte, men om å unndra et byråkratisk skjønn utøvd

av kommunalt tilsatte fra alminnelig forvaltningsmessig kontroll.»

Når det gjelder forslaget om at klageinstansen ikke skal ha adgang til å treffe nytt vedtak i saken, viser Advokatforeningen til at man «heller ikke etter spesialisthelsetjenesteloven eller ved klager over sosiale tjenester som forvaltes av NAV, har slike begrensninger i klageinstansens kompetanse.»

Statens råd for likestilling av funksjonshemmede uttaler:

«Dess større frihet kommunene har til å organisere og utforme tjenestene, dess viktigere blir muligheten til å bli hørt gjennom klage. Rådet mener derfor at klage bør bygge på forvaltningslovens bestemmelser om klage.»

Norges Handikapforbund mener forslaget er et «alvorlig feilgrep», og at det «synliggjør at det kommunale selvstyret gjøres til et mål og ikke til et virkemiddel for å gi innbyggerne best mulige tjenester».

Landets pasient- og brukerombud uttaler:

«Vi vil gjøre spesielt oppmerksom på at vi mottar mange henvendelser fra pasienter og brukere som opplever at kommunen bruker urimelig lang tid på å behandle og avgjøre deres søknader om hjelp, det vil si saksforberedelsen. Ikke sjelden omfatter dette relativt kurante og åpenbare saker. Vi mener det er rimelig grunn til å anta at det foreliggende forslaget vil åpne for at saksbehandlingen vil kunne bli ytterligere trenert fra kommunens side, ikke minst i mer prestisjefylte eller komplekse saker. Dette er, som nevnt, et reelt problem for mange pasienter og brukere allerede i dag. Det er vesentlig at pasienter og brukere får en rask avklaring av sin rettssituasjon, og klageinstansen må ha adgang til å skjære igjennom i klagesaker ved å kunne treffe nytt vedtak i saken.

Omgjøringsadgangen ivaretar dessuten hensynet til effektiv saksbehandling. Forslaget innebærer at alle opphevede vedtak i klagesaker skal returneres til kommunene for ny behandling. Dette vil etter vår oppfatning føre til merarbeid for kommunene, og det er fare for at forslaget i praksis blir unødvendig byråkratiserende og tidkrevende, med de ulemper dette vil påføre både kommunene og pasientene/brukerne.»

Barneombudet uttaler:

«Våre erfaringer tilsier dagens terskel allerede oppleves som høy av de som benytter seg av mulighetene til å klage. Barneombudet vil advare mot å øke handlefriheten til kommunene på bekostning av barns rettsikkerhet, og ber om at ordet «stor» tas ut av lovteksten. Det foreslås videre å fjerne klageorganets kompetanse til å treffe nytt vedtak, slik det har mulighet til etter gjeldende regler. Hensynet til det kommunale selvstyret anføres også her som begrunnelse for endringsforslaget. Allerede i dag har kommunen mulighet til å gjøre om på det påklagede vedtak, slik at det ikke lengre er nødvendig å sende saken videre til klageorganet. Gjennom saksforberedelsene som gjøres før eventuell oversendelse får kommunen på ny gått gjennom saken og vurdert brukerens behov opp mot det tilbudet kommunen rår over. Ved å innføre en klageordning som i verste felle kan medføre langvarige prosesser er Barneombudet bekymret for at barns behov kan bli satt på sidelinjen, noe som følgelig kan få uheldige konsekvenser for det enkelte hjelpetrequende barns helse og utvikling. Videre er ombudet redd forslaget kan medføre en ytterligere belastning på mennesker som har omfattende omsorgsoppgaver. For barn er derfor svært viktig at man har en rask og effektiv klageordning. Hensynet til det kommunale selvstyret tilsier at det skal mye til før staten kan gå inn og styre utformingen av den kommunale helse- og sosialpolitikken. Imidlertid er det klart at rettssikkerhetshensyn ikke kan underordnes hensynet til lokaldemokratiet på dette livsområdet.»

Bergen og Sigdal kommune uttaler seg også mot forslaget til regulering av klageinstansens kompetanse. Bergen kommune uttaler:

«Klageinstansen bør fortsatt kunne treffe nytt vedtak i saken. Forslaget innebærer en svekkelse av rettssikkerheten til pasient og bruker, som er den svake part i alle henseender i klagesakene. Bergen kommune kan ikke se at det er anført hensyn som begrunner at det skal gjøres et unntak fra forvaltningslovens regel, til skade for privat part i saker av stor betydning for den enkeltes grunnleggende velferd. Klagesaker der kommunens hensiktsmessighets-skjønn overprøves utgjør unntakene av omgjorte vedtak. Omgjøring er i hovedsak

begrunnet av at kommunen ikke har oppfylt ytelsesplikten på minimumsnivå. Disse avgjørelsene fra klageinstansen er nyttige for kommunene som rettsnor for å finne fram til et lovmessig rett nivå. Kommunen ser videre ikke at forslaget gir merkbart større handlingsrom for hensiktsmessighets-skjønn. Nytt vedtak vil kunne påklages, oppheves osv. inntil enten privat eller offentlig part gir seg av utmattelse. Det vil dessuten regelmessig være privat part som gir seg, og det kan ikke ha vært departementets intensjon å gi kommunen større handlingsrom med det som virkemiddel. Et viktig hensyn til pasient og bruker er å få en avgjørelse uten ugrunnet opphold. I saker som gjelder helse- og omsorgstjenester er tiden en avgjørende faktor. Også dette hensynet taler mot den foreslåtte endringen. Videre er det ressursbesparende for kommunen å slippe å behandle saken på nytt for å treffe nytt vedtak. Bergen kommune har tillit til, og stor nytte av Fylkesmannen og Helsetilsynets faglige kompetanse, og ser ingen grunn til at ikke klagesaksbehandlingen fortsatt skal kunne avsluttes ved at klageinstansen treffer nytt vedtak der klageinstansen finner grunn til det.»

Tønsberg kommune uttaler:

«Når det gjelder forslaget om at klageinstansen bare kan oppheve vedtaket og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen, har dette flere sider. Departementet nevner selv tidsaspektet for en endelig avgjørelse. I tillegg vil det medføre merarbeid for kommunen ved at saken sannsynligvis må utredes ytterligere før vedtak fattes på ny. Fra kommunens side er det også et ønske at klageinstansen gjennom klagebehandlingen gir en form for instruksjon på hvordan tilsvarende saker skal løses, noe denne ordningen ikke gir mulighet til på samme måte.»

Resten av de kommunene som har uttalt seg, *Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)*, *Norsk helse- og velferdsforum (NHV)* og *Kommunal- og regionaldepartementet* støtter høringsnotatets forslag til regulering av klageinstansens kompetanse. Kommunene og NHV er positive til at det skal legges stor vekt på det kommunale selvstyret og viser til at forslaget vil gi kommunene en helt ny posisjon vis a vis klageorganet. Mange kommuner har avgitt følgende uttalelse:

«Det er positivt at statlig klageorgan fratas muligheten til å omgjøre vedtak fattet av kommunen. Dersom klageorganet er uenig med kommunens vedtak, kan det sende saken tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen en helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gi kommunen en mulighet til å vurdere saken på nytt.»

Noen kommuner viser også til at kommunens budsjettansvar og det finansielle ansvarsprinsipp tilsier at det er kommunen selv som bør fatte nytt vedtak.

34.6.4 Forslaget om å oppheve pasientrettighetsloven § 7-1 og endre pasientrettighetsloven § 7-2

Et fåtall av høringsinstansene har uttalt seg til forslaget om å oppheve pasientrettighetsloven § 7-1 og endre pasientrettighetsloven § 7-2.

Hesledirektoratet støtter forslaget og uttaler:

«Forslaget om å sende klagen til besluttede organ er en løsning i samsvar med forvaltningslovens ordning. Det er også en løsning som kan bidra til å få saker løst på lavest mulig nivå, men som likevel sikrer at klageprosessen er i gang dersom man ikke får løst saken uten behandling hos klageinstansen. Det vil bidra til å gjøre klagesystemet enklere for pasient/bruker. Klagen bør imidlertid sendes til organet / institusjonen, og ikke til det enkelte personell, for å sikre at saken blir ivarettatt, og at ledelsen blir kjent med saken og kan sette i verk eventuelle forbedringstiltak.»

Forslaget støttes også av *Helse Sør-Øst RHF* :

«Anmodningsretten etter pasientrettighetsloven § 7-1 har, slik vi har erfart det, vært vanskelig å håndtere i praksis både for pasienten og for helsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF støtter derfor forslaget om å innføre felles klageregler for hele helsetjenesten, men viser samtidig til at Akershus universitetssykehus HF og Oslo Universitetssykehus HF i sine høringsuttalelser har innvendinger til den foreslåtte endringen.

I høringsnotatet legger departementet til grunn at selv om § 7-1 oppheves, så skal uenighet/tvister mellom pasient og helsetjenesten fortsatt kunne løses på uformell måte på lavest mulig nivå selv om en slik ordning ikke er lovregulert. Helse Sør-Øst RHF slutter seg til

departementets vurdering. Det er viktig at muligheten for uformelle løsninger kommuniseres og forstås i helsetjenesten.»

Akershus Universitetssykehus HF uttaler at vilkåret i pasientrettighetsloven om at den som yter helsehjelp må ha tatt stilling til en anmodning om oppfyllelse før det kan klages til Helsetilsynet, bør oppheves. Videre mener helseforetaket at anmodningsadgangen enten bør beholdes, eller at skillet mellom den uformelle dialogen som forutsettes beholdt og klageadgangen bør klargjøres på annen måte. Anmodnings-/klageordningen er kommentert slik:

«Den eksisterende klageordning er et viktig ledd i helseforetakets mulighet for å rydde opp i eget hus, uten at tilsynsmyndigheten nødvendigvis bringes inn. (...) Vi ser anmodningsadgangen som en verdifull ordning som gir helseforetaket mulighet for å rette opp og beklage overfor pasienten dersom det er grunn til det. Den fortrolige dialogen mellom pasienten og den som yter helsehjelp kan pågå inntil det er klarlagt om pasienten vinner fram med sine klagegjørsmål eller ikke. Det er i dag ikke noen automatikk i at tilsynsmyndigheten bringes inn i saken med mindre pasienten selv ønsker det. Vår erfaring er at det i praksis ikke blir stilt krav til at pasienten må få avklart om anmodningen til sykehuset blir avvist eller at rettighetene anses oppfylt, før en klage kan sendes til Helsetilsynet i fylket. (...)

I utgangspunktet kan opphevelsen av anmodningsadgangen synes å styrke pasientens rettsstilling. Pasienten får sikkerhet for at en klage til helseforetaket undergis den behandling forvaltningsloven generelt krever for enhver forvaltningsmessig klage. For den som yter helsehjelp, og antakelig også for pasienten, er det imidlertid viktig å skille mellom forholdet til en ekstern tilsynsmyndighet og en fortrolig dialog med den som yter helsehjelpen. Den omlegging som er foreslått vil bety at enhver klage, hvor den som yter helsehjelp ikke imøtekommer alle pasientens anførsler, vil måtte sendes til Helsetilsynet i fylket som klageinstans.

Vi har forståelse for at den ordning vi har i dag, med anmodning om oppfyllelse som et tillegg til klageadgangen til Helsetilsynet i fylket, kan være vanskelig for pasienten og andre å få oversikt over. Omleggingen som foreslås vil imidlertid innebære at byråkratiseringen starter så å si før pasienten får anledning til å vur-

dere om vedkommende i hovedsak er fornøyd med den måten tjenesteyter har vurdert klagen på. Vi mener at det foreslås en ordning hvor tilsynsmyndigheten som tredjepart bringes for tidlig inn. Hensynet til en uformell dialog mellom pasienten og tjenesteyter vil ikke lenger bli respektert på samme måte som i dag. Det er uheldig.

Selv om dagens ordning har positive elementer ved seg er det behov for forenkling og klargjøring av dagens anmodnings- og klageadgang.

(...) Vi kan ikke se at det er drøftet nærmere hvordan forholdet mellom en uformell tvisteløsning og forholdet til en endret klageordning etter pasientrettighetsloven § 7-2 vil bli. De pasienter som oppfatter forskjellen på disse to måter å behandle klagemål på vil kunne gi uttrykk for hva de ønsker; enten en uformell håndtering eller at deres klagemål behandles på formell måte etter forvaltningslovens prinsipper. Dette synes imidlertid å kreve at pasienten setter seg godt inn i de ulike måtene å behandle et klagemål på. Vi tror at mange pasienter ikke vil ha slik innsikt. Den som yter helsehjelp må i tilfelle redegjøre for alternativene hvis pasienten skal kunne gjøre et reelt valg.

Det er ikke tvil om at det nye opplegget framstår som mindre smidig og mer byråkratisk. Behovet for å avklare i hver enkelt sak med pasienten hva han/hun ønsker vil åpenbart føre til et merarbeid for den virksomheten som yter helsehjelp.»

Flere kommuner viser i likhet med Akershus Universitetssykehus HF til at en opphevelse av pasientrettighetsloven § 7-1 kan gi en mer byråkratisk ordning. *Lierne og Flatanger* kommune uttaler:

«Hvem skal klagen sendes til: det er foreslått at klagen skal sendes til den instans som har truffet vedtaket eller avgjørelsen, slik at denne forbereder klagebehandlingen og evt selv kan omgjøre vedtaket. Mange klager kan derved avgjøres lokalt og vi tror det er en fordel både for pasient/bruker og for kommunen som tjenesteyter.»

34.7 Departementets vurderinger og forslag

34.7.1 Generelt

Etter departementets vurdering bør klagereglene som i dag gjelder for de kommunale helse- og

omsorgstjenestene, harmoniseres. Dette har fått tilslutning fra høringsinstansene. En harmonisering av regelverket på dette området vil innebære en betydelig forenklingsgevinst for personellet og den enkelte pasient og bruker. Det samme gjelder for pårørende. Det vil særlig være en forenkling at det er en felles klageinstans for de tjenestene som blir regulert i den nye loven.

34.7.2 Hva bør det være adgang til å klage på?

Etter pasientrettighetsloven gjelder klageadgangen både de prosessuelle rettighetene og avgjørelser om rett til helsehjelp. De prosessuelle rettighetene etter pasientrettighetsloven er gjennomgått i kapittel 30. I punkt 30.6 tilrår departementet at disse rettighetene i hovedsak skal gjelde tilsvarende for mottakere av tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven. For mottakere av omsorgstjenester er klageadgangen i dag begrenset til å gjelde enkeltvedtak truffet av sosialtjenesten. Etter departementets vurdering bør også mottakere av omsorgstjenester få en lovregulert adgang til å klage over manglende oppfyllelse av prosessuelle rettigheter etter pasientrettighetsloven. Departementet har ikke mottatt innvendinger mot dette forslaget i høringsnotatet. Helsedirektoratet støtter forslaget. Departementet legger til grunn at denne endringen i praksis ikke vil innebære store konsekvenser. Sosialtjenesten har plikt til å gi den enkelte råd og veiledning, jf. sosialtjenesteloven § 4-1. I tillegg gjelder en alminnelig veiledningsplikt etter forvaltningsloven § 11. I praksis vil klager på manglende medvirkning og informasjon m.m. bli tatt med i saksbehandlingen av klager etter sosialtjenesteloven, uten at klageadgangen blir problematisert.

34.7.3 Hvem skal klagen sendes til?

Etter pasientrettighetsloven § 7-2 skal klagen sendes til Helsetilsynet i fylket. Ordningen etter forvaltningsloven § 32 bokstav b er at klagen skal fremsettes for det organet som har truffet vedtaket. Begrunnelsen for regelen i forvaltningsloven er særlig at det er hensiktsmessig at det organet som tidligere har behandlet saken og har sakens dokumenter, forbereder klagebehandlingen og får mulighet til selv å omgjøre vedtaket. Departementet finner at disse hensynene tilsier at regelen om at klagen skal fremsettes for det organet som har truffet vedtaket, også bør gjelde for tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet foreslår derfor en ny bestemmelse i pasientrettighetsloven om at klagen skal sendes til den som

har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen. Forslaget gjelder både for enkeltvedtak og andre avgjørelser som ikke kan regnes som enkeltvedtak etter definisjonen i forvaltningsloven § 2 (uformelle avgjørelser truffet av helsepersonell i klinisk virksomhet). Ved klage på et kommunalt enkeltvedtak skal klagen sendes til kommunen. Hvis klagen gjelder avgjørelser truffet av helsepersonell, må klagen fremsettes for den som yter hjelpen. Klagen kan rettes til vedkommende helsepersonell personlig, til helsepersonellens overordnede eller til helseinstitusjonen som sådan. Endringen foreslås å gjelde både ved klage på kommunale helse- og omsorgstjenester og ved klage på spesialisthelsetjenester.

Etter pasientrettighetsloven § 7-1 kan pasient eller representant for pasienten som mener at nærmere angitte bestemmelser er brutt, anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt. Reglene om formell klage i pasientrettighetsloven § 7-2 forutsetter at pasienten først har benyttet seg av ordningen etter § 7-1. En naturlig konsekvens av endring med hensyn til hvem klagen skal sendes til, er at regelen i § 7-1 oppheves. Flertallet av høringsinstansene støtter dette.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at pasientrettighetsloven § 7-1 oppheves, men legger til grunn at en uformell måte å løse tvister mellom pasienter eller brukere og helse- og omsorgstjenesten vil bli praktisert på lavest mulig konfliktnivå selv om en slik ordning ikke er lovregulert.

Flere av høringsinstansene har vist til at forslagene vil innebære en mer byråkratisk/mindre smidig ordning. På den annen side kan det vises til at forslagene innebærer at klageren kan få en raskere avgjørelse hvis kommunen finner grunn til å omgjøre sitt eget vedtak, slik at det blir unødvendig å sende saken til klageinstansen. Kommunene får dermed også muligheten til å samordne og se helheten i sitt tjenestetilbud.

34.7.4 Underinstansens kompetanse

Etter forvaltningsloven § 33 andre ledd må underinstansen foreta de undersøkelsene klagen gir grunn til, og vedtaket kan oppheves eller endres hvis underinstansen finner klagen begrunnet. Denne regelen gjelder i dag både for vedtak som treffes etter sosialtjenesteloven og for vedtak som treffes etter kommunehelsetjenesteloven, jf. sosialtjenesteloven § 8-1 og kommunehelsetjenesteloven § 2-4. Etter pasientrettighetsloven § 7-6 gjelder forvaltningslovens regler om behandling av «saker om enkeltvedtak og klage så langt de passer for Helsetilsynet i fylkets behandling av klage-

saker, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet». Etter departementets vurdering bør dette endres, slik at hovedregelen blir at forvaltningslovens regler om behandling av klage over enkeltvedtak gjelder så langt de passer, både for underinstansen og klageinstansen. Departementet har ikke mottatt innvendinger mot dette fra høringsinstansene og foreslår en endring som nevnt i pasientrettighetsloven § 7-6.

34.7.5 En eller to klageinstanser?

Ordningen med to klageinstanser når det gjelder rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen ble innført da kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft 1. januar 1984. I forarbeidene til loven (Ot.prp. nr. 36, 1980-81) ble det vist til at det kunne være ønskelig å vinne erfaring med hvordan helsetjenesten i kommunen ville virke, og at departementet var åpen for å gjøre tilpasninger til eventuelle nye forslag om hvordan klagemuligheter og behandlingsmåter burde reguleres. Ordningen har ikke blitt endret siden kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt, og etter departementets vurdering er det ikke grunn til å videreføre den. Ordningen bryter med systemet etter forvaltningsloven og klageordninger etter andre sektorlover, der det bare er en klageinstans. Dette gjelder både etter sosialtjenesteloven, barnevernloven, barnehageloven mv. Som det fremgår av forarbeidene til pasientrettighetsloven (Ot. prp. nr. 12, 1998-99), kan kommunene, hvis de ønsker det, opprette egne klageorganer i kraft av sin instruksjonsrett over helsetjenesten. Departementets vurdering er at det er tilstrekkelig at slike klageorganer kan opprettes som en frivillig ordning i kommunene, og at det ikke er hensiktsmessig å videreføre særordningen som gjelder etter kommunehelsetjenesteloven. Departementet har ikke mottatt innvendinger fra høringsinstansene mot forslaget om ikke å videreføre denne ordningen og opprettholder forslaget.

34.7.6 Felles klage- og tilsynsinstans

Et argument for felles klage- og tilsynsinstans er at det er nær sammenheng mellom behandling av klagesaker og tilsynssaker. Pasienten eller brukeren vil ofte ikke ha kunnskap om skillet mellom en tilsynssak og en klagesak. Dersom myndighet til å behandle klagesaker og tilsynssaker legges til forskjellige instanser, vil dette gjøre det vanskelig for pasientene og brukerne å vite hvem som er riktig adressat for deres henvendelse. Dette vil medføre at det allerede i startfasen i saker vil være nødven-

dig at flere instanser må inn og vurdere hva slags type sak man står overfor.

Klagesakene gir videre viktig kunnskap om tjenestene som er nødvendig både for den hendelsesbaserte og den planlagte tilsynsaktiviteten. Departementet vil derfor fremheve at det vil være både saklig og ressursmessig uhensiktsmessig å legge myndigheten til å behandle klage- og tilsynssaker til ulike instanser. Høringsinstansene slutter seg til at klage- og tilsynsoppgavene etter den nye loven bør være samlet hos en regional instans.

Departementet vil understreke at det er flere hensyn som må tillegges vekt når det skal besluttes hvilket organ som skal være klageinstans. Et avgjørende hensyn er at samme organ må behandle både klage- og tilsynssaker. Dessuten bør valg av klageinstans understøtte samhandlingsreformen ved at samme organ behandler klage- og tilsynssaker, både når det gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. I tillegg bør det legges vekt på samordning med andre kommunale tjenesteområder.

34.7.7 Overordnet faglig ansvar og direkte styringslinje

Statens helsetilsyn har overordnet faglig klage- og/eller tilsynsansvar etter flere lover på helseområdet, i tillegg til sosialtjenesteloven, barnevernloven og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Statens helsetilsyn er gitt et slikt overordnet ansvar for å sikre harmonisering av saksbehandling av klage- og tilsynssaker og de vurderinger som regional instans gjør når det gjelder for eksempel klagenes innhold i enkeltsaker. Statens helsetilsyns nasjonale ansvar skal bidra til at like saker vurderes likt uavhengig av fylke.

Departementet legger til grunn at Statens helsetilsyns overordnede faglige ansvar skal videreføres.

Departementet legger videre til grunn at den direkte styringslinjen som i dag gjelder fra Statens helsetilsyn til regional tilsynsinstans skal videreføres, både i klage- og tilsynssaker. Det anses som svært viktig å videreføre dette, jf. nærmere omtale i kapittel 35. Høringsinstansene slutter seg til dette.

34.7.8 Hvem bør være klageinstans?

Et viktig element i samhandlingsreformen er å oppnå harmonisering og samordning både horisontalt i kommunen og vertikalt overfor spesialist-

helsetjenesten. Klageinstansen for avgjørelser om tjenester etter den nye loven bør etter departementets syn være den samme uavhengig av hva klagen gjelder. For pasienter og brukere med sammensatte behov vil dette innebære en viktig forenkling ved at de kan henvende seg til en klageinstans i stedet for to. Det vil også gjøre det enklere for klageinstansen å vurdere tjenestene i sammenheng hvis ansvarsområdet ikke er delt mellom to instanser.

Det er en nær sammenheng mellom klage- og tilsynssaker som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester og klage- og tilsynssaker som gjelder spesialisthelsetjenesten. En klage eller anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd kan ofte omhandle både helse- og omsorgstjenesten i kommunen og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er i tråd med vurderinger som ligger til grunn for samhandlingsreformen, at behandling av klager på, og tilsyn med disse tjenestene ligger til samme instans. Dette innebærer at den instansen som velges som klageinstans, også bør behandle klager som gjelder spesialisthelsetjenesten.

Fylkesmannen har lang tradisjon som klageinstans etter særlovgivningen på de fleste kommunale sektorområdene, og fremstår i dag for publikum og kommunene som en viktig administrativ rettssikkerhetsinstans i forhold til kommunale vedtak. Dette gjelder blant annet områder som følger av sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, barnehageloven, opplæringsloven og plan- og bygningsloven. Fylkesmannen er også i all hovedsak ansvarlig for lovlighetskontrollen med kommunale vedtak etter kommuneloven. Hensynet til samordning av klageordningene i kommunesektoren tilsier at Fylkesmannen også blir klageinstans etter den nye loven. Dette er i overensstemmelse med Berntutvalgets forslag, som fikk tilslutning fra et flertall av høringsinstansene. Også Aaslandutvalget anbefalte at alle oppgaver som er lagt til Helsetilsynet i fylket, overføres til fylkesmannsembetet.

Fylkesmannen er videre regional tilsynsmyndighet etter flere lover der Statens helsetilsyn er faglig overordnet og har instruksjonsmyndighet overfor embetet. Statens helsetilsyn kan, uavhengig av valg av regional klageinstans, fortsatt ha overordnet klage- og tilsynsansvar for helse- og omsorgstjenesten i landet.

Organisatorisk innebærer fylkesmannsløsningen en forenkling og bedre ryddighet i ansvarslinjene. For publikum og kommunene vil det innebære en klar forenkling at de bare har Fylkesmannen å forholde seg til, uavhengig av hvilket fagom-

råde saken gjelder. Innbyggere og kommuner kan da sende en henvendelse til én regional instans, i stedet for to i saker der i dag både Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket har formell kompetanse. En slik ordning vil ikke forhindre at fylkesmannen også på helseområdet vil stå under full faglig instruksjon av Helse- og omsorgsdepartementet via Statens helsetilsyn. Å samle den faglige myndigheten på hele helse- og omsorgsområdet hos Fylkesmannen vil også oppfylle Stortingets vedtak om full integrering av fylkeslegeembetet, jf. punkt 34.2.

Ved valg av Helsetilsynet i fylket som klageinstans vil man oppnå en horisontal og vertikal samordning innen helse- og deler av det tidligere sosialområdet. Ved valg av Fylkesmannen som klageinstans vil man imidlertid få en vertikal og horisontal samordning både innen hele helse- og omsorgsområdet, og i tillegg vil kommunene oppnå en horisontal samordning mot de øvrige fagområdene der Fylkesmannen er klageinstans.

Helsetilsynet i fylket (fylkeslegen) har opparbeidet en faglig legitimitet og autoritet i forhold til helsetjenesten. En overføring av oppgaver fra helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen kan oppfattes som en faglig svekkelse, både i befolkningen og i de medisinske fagmiljøene, selv om det ikke skjer endringer i kompetanse og bemanning. Et slikt mulig inntrykk kan imidlertid motvirkes ved en tydeligere og gjennomgående intern organisering, for eksempel ved at det etableres en samlet helse- og omsorgsavdeling under ledelse av fylkeslegen ved alle fylkesmannsembeter.

Etter en helhetsvurdering av momentene nevnt ovenfor og tilbakemeldingene fra høringsinstansene, foreslår departementet at Fylkesmannen blir felles klageinstans etter den nye loven.

34.7.9 Klageinstansens kompetanse

Departementet finner innledningsvis grunn til å foreta en gjennomgang av klageinstansens kompetanse og begrepet «det frie skjønn», jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd og sosialtjenesteloven § 8-7 første ledd.

Spørsmålet om klageinstansens kompetanse er todelt. Det første spørsmålet er hvilken kompetanse (myndighet) klageorganet har til å kontrollere («prøve») kommunens vedtak. Det andre spørsmålet er om klageorganet har kompetanse til å treffe nytt vedtak, eller om klageorganet må nøye seg med å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til kommunen for ny behandling.

I dag er klageinstansens kompetanse til å kontrollere kommunenes «frie skjønn» regulert i for-

valtningsloven § 34 andre ledd for helsetjenester, og i sosialtjenesteloven § 8-7 første ledd for omsorgstjenester. Reglene har forskjellig utforming:

- Utgangspunktet i forvaltningsloven § 34 er at klageorganet har full kompetanse til å prøve alle sider ved et påklaget vedtak. Hensynet til det kommunale selvstyret er ivaretatt ved at statlig organ har plikt til å legge *vekt* på det kommunale selvstyret ved prøving av kommuners «frie skjønn», jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd. Denne generelle klageordningen gjelder i dag også for klager etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Som det fremgår av forarbeidene til forvaltningsloven, jf. punkt 34.3.4, kan regelen i § 34 andre ledd tilpasses de ulike områdene alt etter i hvor sterk grad hensynet til det kommunale selvstyret gjør seg gjeldende.
- For klager etter sosialtjenesteloven gjelder en særregel, ved at Fylkesmannen bare kan «endre vedtaket når skjønnet er åpenbart urimelig», jf. § 8-7 første ledd.

Med «det frie skjønn», slik begrepet er brukt i forvaltningsloven § 34 andre ledd og sosialtjenesteloven § 8-7 første ledd, menes den adgang kommunen har til å velge mellom forskjellige løsninger når den treffer sitt vedtak, særlig med hensyn til valg av tjenestetilbud og tjenestenes omfang. Det foreligger et «fritt skjønn» for kommunene så langt loven og alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper ikke dikterer valg av løsning ut fra et gitt faktum. Kommunen har med andre ord *frihet til å velge mellom flere alternativer*. For eksempel foreligger et «fritt skjønn» hvis kommunen ut fra et gitt saksforhold som utgangspunkt kan velge om den skal innvilge eller ikke innvilge en tjeneste. Det foreligger også et «fritt skjønn» så langt kommunen ut over lovens minstekrav kan velge den nærmere innretningen av og nivå på tjenesten.

Kommunens «frie skjønn» skiller seg fra kommunens «rettsanvendelse». Med rettsanvendelse menes kartleggingen av de rettslige rammene som kommunens vedtak må holde seg innenfor. For eksempel ligger det til rettsanvendelsen å vurdere om kommunen etter kommunehelsetjenesteloven, ut fra et gitt saksforhold, er forpliktet til å yte tjenester av en viss minstestandard. Klageinstansen vil alltid ha kompetanse til å kontrollere om lovens bestemmelser er riktig forstått, om vedtaket har et innhold som ligger utenfor de rettslige rammene for kommunens handlingsrom, om det er faktiske feil i avgjørelsesgrunnlaget og om

det er feil i saksbehandlingen av betydning for vedtakets innhold. Også når loven skal tolkes og anvendes i konkrete saker, vil det ofte være nødvendig å ta stilling til betydelige skjønsmessige elementer, f.eks. når det skal fastlegges hva som er «nødvendig helsehjelp». Slike vurderinger er i utgangspunktet en del av rettsanvendelsen.

I praksis kan det være vanskelig å trekke grensen mellom rettsanvendelse og «fritt skjønn». Sondringen har direkte betydning for *domstolenes* kompetanse til å prøve forvaltningens vedtak, idet domstolene normalt ikke har adgang til å prøve vurderinger som hører inn under «det frie skjønn». Sondringen har ikke den samme betydningen under *forvaltningslovens* klageordning, der utgangspunktet er at klageorganet har full *kompetanse* til å prøve alle sider ved et påklaget vedtak, jf. § 34 andre ledd første punktum. Når et statlig organ er klageinstans for et vedtak truffet av et kommunalt organ, har imidlertid klageorganet «plikt til å *legge vekt* på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn», jf. § 34 andre ledd tredje punktum. Blant annet av denne grunn må klageinstansen ha et bevisst forhold til skillet mellom «det frie skjønn» og rettsanvendelsen. Dette gjelder også etter sosialtjenesteloven § 8-7 der klageinstansen bare «kan endre vedtaket når skjønn er åpenbart urimelig». Denne begrensningen er begrunnet i hensynet til det kommunale selvstyret og hensynet til kommunens frihet til å utføre hjelpetilbud, jf. Ot. prp. nr. 29 (1990-91) s. 125.

Oppsummeringsvis er spørsmålet om klageinstansens kompetanse til å «prøve» kommunenes utøvelse av «det frie skjønn» i praksis dels et spørsmål om *hvor langt klageinstansen skal kunne kontrollere kommunens valg mellom ulike lovlige alternativer*, for eksempel kommunens valg mellom et tilbud som tilfredsstillende lovens minstekrav og et tilbud som i kvalitet og/eller omfang går ut over lovens krav, og dels et spørsmål om klageinstansen skal kunne fatte nytt vedtak i saken. Både etter forvaltningsloven og sosialtjenesteloven kan altså klageinstansen prøve alle sider av vedtaket. Departementet finner ikke grunn til å foreslå endringer i dette, særlig fordi de avgjørelsene dette dreier seg om, er av svært stor betydning for tjenestemottakernes velferd og livssituasjon. Spørsmålet er hvor stor vekt klageinstansen skal legge på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøvingen av det «frie skjønn», og om klageinstansen skal kunne fatte nytt vedtak i saken.

Etter en helhetsvurdering av hvordan hensynet til det kommunale selvstyret skal ivaretas ved prøvingen av kommunenes vedtak, foreslår depar-

tementet at ordningen i forvaltningsloven § 34 i utgangspunktet legges til grunn for klageinstansens kompetanse. Det foreslås at det i pasientrettighetsloven uttrykkelig fremgår at det for kommunale vedtak om helsetjenester skal legges vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av «det frie skjønn». Dette er i tråd med forvaltningsloven § 34 andre ledd siste setning, og innebærer en videreføring av gjeldende rett for klage på kommunale vedtak om helsetjenester. Vedtak om helsetjenester vil etter lovforslaget omfatte helsetjenester i hjemmet jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a. Dette vil her særlig være tale om hjemme-sykepleie, men også for eksempel fysioterapi og ergoterapi. Kommunalt vedtak om helsetjenester omfatter også tildeling av sykehjemsplass, jf. bokstav c i samme bestemmelse.

Som nevnt er Fylkesmannens kompetanse i klagesaker mer begrenset etter sosialtjenesteloven enn etter forvaltningsloven, og departementet legger opp til å videreføre gjeldende rett. For de kommunale vedtak som i dag reguleres av sosialtjenesteloven, skal det derfor legges «stor vekt» på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av «det frie skjønn». Dette innebærer at for disse tjenestene vil ikke lovforslaget innebære noen endring av betydning i forhold til gjeldende rett.

Disse kommunale vedtakene vil omfatte personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b), avlastningstiltak (§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d), omsorgslønn (§ 3-6) og brukerstyrt personlig assistanse (§ 3-8).

Det fremgår videre av forslag til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5 at kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering. Rehabilitering dreier seg om tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/eller funksjonsproblemer. Vedtak om tildeling av tjenester til personer som har behov for rehabilitering og habilitering, vil i all hovedsak bli fattet med hjemmel i andre bestemmelser, for eksempel vedtak om helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand eller støttekontakt. I den grad det likevel kan være aktuelt å fatte vedtak kun med

hjemmel i § 3-2 første ledd nr. 5, og det dreier seg om tiltak/tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, skal pasientrettighetsloven § 7-6 første ledd siste punktum legges til grunn.

Når det gjelder tildeling av plass i institusjon som ikke er helseinstitusjon, vil også § 7-6 første ledd siste punktum gjelde. Dette er aktuelt ved tildeling av plass i aldershjem og barneboliger.

Etter innspill i høringsrunden har departementet kommet til at forslaget om å frata klageinstansen mulighet til å treffe nytt vedtak, ikke bør opprettholdes. Den alminnelige ordningen etter forvaltningsloven § 34 siste ledd er at klageinstansen selv kan treffe nytt vedtak i saken eller oppheve vedtaket og sende saken tilbake til underinstansen til helt eller delvis ny behandling.

Departementets vurdering er at denne regelen bør gjelde tilsvarende ved klage etter pasientrettighetsloven.

Ved prøving av «det frie skjønn», bør Fylkesmannen som hovedregel ikke benytte kompetansen til å fatte nytt vedtak når det gjelder vedtak om tjenester som i dag reguleres av sosialtjenesteloven. Dette er følgelig ikke til hinder for at klageinstansen kan endre vedtaket i særlige tilfeller, i tråd med gjeldene rett. Ett eksempel kan være at klageinstansen selv endrer vedtaket dersom den tar til følge klage over vedtak om sommeravlastning for et funksjonshemmet barn, og sommerferien nærmer seg.

Ved prøving av rettsanvendelsesskjønnet legges forvaltningsloven § 34 siste ledd til grunn.

35 Tilsyn

35.1 Innledning

I kommunelovens kapittel 10 A er det forutsatt at det statlige tilsynet med kommunene skal føres av Fylkesmannen. Tilsyn med helse- og omsorgstjenestene er i dag regulert i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Helsepersonelloven har egne regler om reaksjoner mv. ved brudd på lovens bestemmelser, der Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket er tillagt særskilt ansvar. Statens helsetilsyn har ansvar for overordnet faglig tilsyn både med helsetjenesten og sosialtjenesten i landet og har instruksjonsmyndighet både overfor Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen i enkeltsaker. Ansvaret for det regionale tilsynet er regulert forskjellig. Etter sosialtjenesteloven er Fylkesmannen regional tilsynsinnsinstans, mens Helsetilsynet i fylket er regional tilsynsinnsinstans etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Helsetilsynet i fylket er organisatorisk en integrert del av fylkesmannsembetet etter at fylkeslegeembetet, sammen med Statens utdanningskontor, ble innlemmet i embetet med virkning fra 1.1.2003. Administrativ og budsjettmessig myndighet for Helsetilsynet i fylket er lagt til Fylkesmannen, mens den faglige instruksjonsmyndigheten går direkte fra Statens helsetilsyn til Helsetilsynet i fylket, i stedet for via Fylkesmannen slik praksis er på de øvrige fagområdene som ligger til embetet. Tittelen «fylkeslege» er beholdt, og fylkeslegen inngår i Fylkesmannens ledergruppe på lik linje med de øvrige avdelingsdirektørene i embetet. For mer om bakgrunn og organisering, se punkt 34.2 i omtale av klageordning.

Nedenfor vil det først bli gitt en fremstilling av gjeldende rett og forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter. Deretter vil det bli redegjort for forslag i høringsnotatet, høringsinstansenes syn og departementets vurdering og forslag.

35.2 Gjeldende rett

35.2.1 Tilsyn med helsetjenesten

Etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 1 har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. Av denne bestemmelsen fremgår det også at det i hvert fylke skal det være en fylkeslege. Videre er det presisert at fylkeslegen er tillagt myndighet som «Helsetilsynet i fylket» i lover og forskrifter, og er da «direkte underlagt Statens helsetilsyn». Dette betyr at Statens helsetilsyn kan instruere Helsetilsynet i fylkene som regional tilsynsinnsinstans i enkeltsaker. Slik instruksjonsrett er nødvendig for å sikre riktig og lik behandling av saker på landsbasis. Som en konsekvens av eierreformen i spesialisthelsetjenesten er det nødvendig at Statens helsetilsyn «kan gi den enkelte fylkeslege oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke» (helsetilsynsloven § 1 fjerde ledd), og for øvrig styre samarbeidet mellom tilsynsinnsinstansene i fylker der foretaksgrensene ikke følger fylkesgrenser. På dette området kan ikke fylkesmannen instruere fylkeslegen. For øvrig er fylkeslegen underlagt fylkesmannen.

Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket skal følge med på hvordan helsetjenesten og helsepersonell utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomhet som utøver tjenester i strid med helselovgivningen. Oppgavene er nærmere regulert i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2. I første ledd i denne bestemmelsen fremgår det at Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningen behov for helsetjenester blir dekket.

Tilsyn med *helsepersonell* utløses som regel av en hendelse som medfører at Helsetilsynet i fylket får informasjon om mulige uregelmessigheter gjennom anmodninger om vurdering av mulig pliktbrudd etter helsepersonelloven § 55, ved lovplagte meldinger eller annen informasjon. Helsetilsynet i fylket skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier advarsel eller tilbakekall,

frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett, eventuelt begrensning av autorisasjon, jf. lov om helsepersonell kapittel 11. Statens helsetilsyn gir administrative reaksjoner til helsepersonell etter reglene i dette kapitlet.

Tilsyn med *virksomheter* utøves både som planlagt tilsyn og som tilsyn utløst av hendelser. Helsetilsynet i fylket skal påse at helsetjenestene drives i samsvar med regelverket. Det skal også påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at tjenestene utøves forsvarlig, og at svikt i helsetjenesten forebygges, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3.

Hvis virksomheten utøves på en måte som er i strid med helselovgivningen, og dette ikke blir rettet etter påpekning fra Helsetilsynet i fylket, kan Statens helsetilsyn etter nærmere vilkår gi pålegg om retting, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 5 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3. I begge disse bestemmelsene er Statens helsetilsyn gitt adgang til å gi pålegg hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig.

I årene 2007-2009 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene årlig cirka 270 tilsyn som systemrevisjon. Av disse ble cirka 110 gjennomført som felles tilsyn med både helsetjenester og sosiale tjenester i samarbeid med Fylkesmannen. I samme periode behandlet Helsetilsynet i fylkene årlig cirka 1900 tilsynssaker. Det foreligger ikke sikre tall for ressursbruk til systemrevisjoner og tilsynssaker spesielt. Til behandling av klagesaker, tilsynssaker og planlagt tilsyn med helsetjenesten ble det samlet brukt 115-120 årsverk i 2009, administrative felles-tjenester ikke inkludert. Av dette gjelder klagesakene en liten andel.

35.2.2 Tilsyn med sosialtjenesten

Etter sosialtjenesteloven § 2-7 har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten i landet. Regional tilsynsmyndighet er Fylkesmannen, som skal påse at kommunens virksomhet etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7 drives i samsvar med loven og forskriftene til loven. Ved tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c skal det også føres stedlig tilsyn. Dette gjelder bruk av tvang overfor utviklingshemmede i «planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner» og ved «tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig

trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak», jf. kapittel 36.

Også når det gjelder sosiale tjenester gjennomføres tilsynet primært som tilsyn med at kommunene styrer slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov og forskrift, og at svikt forebygges. Kommunene har plikt til å føre internkontroll etter sosialtjenesteloven kapitlene 4, 4A, 6 og 7. Tilsyn med sosiale tjenester gjennomføres allerede i dag ofte som et felles tilsyn med tilsyn med helsetjenesten.

Statens helsetilsyn gir, som overordnet faglig tilsynsmyndighet, føringer for gjennomføring av Fylkesmennenes tilsyn både med tjenestene etter kapittel 4, 6 og 7, og det gis veiledning og retningslinjer for det stedlige tilsynet etter kapittel 4A.

Hvis Fylkesmannen finner at en virksomhet etter sosialtjenesteloven kapittel 4, 4A, 6 og 7 drives på en måte som kan ha skadelige følger for tjenestemottaker eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Fylkesmannen gi pålegg om å rette opp forholdet.

I årene 2007-2009 gjennomførte Fylkesmennene årlig cirka 175 tilsyn som systemrevisjon, av disse omfattet cirka 110 også tjenester etter helselovgivningen. I tillegg kommer årlig cirka 260 stedlige tilsyn knyttet til bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning. Til klagebehandling og tilsyn med sosialtjenesten samlet ble det i 2009 brukt drøyt 40 årsverk, administrative fellestjenester ikke inkludert.

35.2.3 Kommuneloven kapittel 10 A

Kommuneloven er en sentral premissgiver for gjennomføringen av statlig tilsyn med kommunene. I kommuneloven kapittel 10 A er det gitt felles regler om rammer, prosedyrer og virkemidler for statlig tilsyn med kommunesektoren. Reglene i dette kapitlet trådte i kraft 1. mars 2007. Reglene har som mål å gjøre statens tilsyn med kommunene mer oversiktlig, enhetlig og forutsigbart. Det er forutsatt at Fylkesmannen skal føre alt statlig tilsyn med at kommunene og fylkeskommunene oppfyller plikter pålagt i eller i medhold av lov der departementet er gitt myndighet til å føre tilsyn. Kapittel 10 A gir generelle regler om rammer og prosedyrer for statlig tilsyn med kommunene og gir et system der man må gå til den enkelte særlov for å finne hvilke områder i loven det skal føres tilsyn med, mens kommuneloven fastsetter *hvordan* tilsynet skal gjennomføres. Det innebærer at rammer og myndighet for tilsyn, regler om saksbehandling, klage og virkemiddelbruk er harmonisert i kommuneloven kapittel 10 A.

Videre skal Fylkesmannen samordne praktiske sider og bruk av reaksjoner ved ulike statlig tilsyn rettet mot kommunen eller fylkeskommunen.

Virkeområdet for kommunelovens regler om tilsyn er avgrenset til å gjelde tilsyn med de genuine kommunale pliktene, de såkalte «kommunepliktene». Dette er plikter som bare er pålagt kommuner, og som er pålagt kommunene i deres egenskap av å være lokale, folkevalgte organer. Reglene kommer ikke til anvendelse på tilsyn med kommunenes etterlevelse av regler som stiller krav til enhver som driver en aktivitet eller tilbyr en tjeneste, de såkalte aktørpliktene. Denne avgrensningen gjelder likevel ikke Fylkesmannens samordning av tilsyn i medhold av kommuneloven § 60 e. Denne bestemmelsen gjelder for alt statlig tilsyn rettet mot en kommune eller fylkeskommune, både kommuneplikter og aktørplikter.

35.2.4 Hvilke premisser ble lagt i forarbeidene til kommuneloven kapittel 10 A?

Kapittel 10 A bygger på dokumentene NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren (det såkalte Aaslandutvalget) og Ot.prp. nr 97 (2005-06). I sin vurdering av innretningen av reglene om tilsyn med helse- og sosialtjenesten i kommunen, uttalte utvalget følgende i punkt 9.4.1:

«Etter utvalgets oppfatning gjør de hensyn som utvalget mener legger føringer på statlig tilsyn med kommunesektoren, seg i like stor grad gjeldende for tilsyn med helsetjenesten i kommunene som med annet kommunerett tilsyn. (...) Dette tilsier at tilsyn med helsetjenesten i kommunene reguleres på samme måte som annet statlig tilsyn med kommunesektoren.»

Videre uttalte utvalget i punkt 11.1.3 om organisering av tilsyn med helsetjenesten:

«(...) Ved integreringen ble det likevel bestemt at myndigheten som regionalt tilsynsorgan etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten fortsatt skulle ligge direkte til fylkeslegen. Med andre ord ble den direkte faglige styringslinjen mellom Helsetilsynet og fylkeslegene opprettholdt i saker der det utøves tilsyn. Fylkeslegen, som i tilsynssaker nå opptrer som Helsetilsynet i fylket, er i øvrige saker og administrativt underlagt fylkesmannen.

Etter utvalgets oppfatning er ikke denne organiseringen av tilsyn med helsetjenesten i

tråd med det som var formålet med integreringen, nemlig å samordne statens styring av kommunesektoren. Utvalget viser til at det er en sammenheng mellom organisering og samordning, og til de argumentene som en anførte for å samle tilsynet med kommunesektoren hos fylkesmannen. Etter utvalgets oppfatning gjør de samme argumentene seg gjeldende for å legge tilsynet med helsetjenestene under fylkesmannen. Det vil gi fylkesmannen bedre muligheter til å samordne tilsynet med de kommunale helsetjenestene med tilsynet med øvrige kommunale tjenester. (...)

Tilråkning nr. 12: Oppgavene til Helsetilsynet i fylket overføres til fylkesmannen »

I Ot.prp. nr. 97 (2005-2006) ble det i punkt 5.3.3 uttalt følgende:

«I den sektorvise gjennomgangen av heimel for statleg tilsyn med kommunesektoren som departementet foreslår skal gjerast, må heilskapen og kompleksiteten i kommunale, statlege og private helsetenester leggjast vekt på og dei særlege behova som gjer seg gjeldande innafør helsetenesta ivaretakast. Det er for eksempel stort behov for å sjå nivåa og aktørane i helsetenesta i samanheng. Mykje av svikta som skjer er knytt opp mot samhandling og i grenseflater, for eksempel i samhandlinga mellom forvaltningsnivåa. Såleis må det skje ei vurdering av tilsynet, der det blir teke omsyn til horisontal samordning av tilsyn (samordning mellom ulike sektorar som kommunane har ansvar for), og vertikal samordning (samordning på tvers av forvaltningsnivåa). I vurderinga av regelverket for tilsynet kan derfor ikkje tilsyn med kommunale tenester sjåast isolert og behovet for eventuelle tilpassingar i regelverket om tilsyn med helsetenesta må vurderast nærmare.»

35.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

35.3.1 NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren og Ot.prp. nr. 97 (2005-2006)

Aaslandutvalget fikk blant annet i oppdrag å utrede behovet for og innretning av det statlige tilsynet med kommunesektoren. I utvalgets innstilling NOU 2004:17 er spørsmålet om helsetilsynets regionale organisering behandlet. Uttalelsene fra utvalget er sitert i punkt 35.2.4.

Med utgangspunkt i Aaslandutvalgets innstilling la regjeringen (Bondevik II) frem Ot. prp. nr. 97 (2005-06) med forslag om et nytt kapittel 10 A i kommuneloven, der det gis generelle regler om rammer, prosedyrer og virkemidler for statlig tilsyn med kommunesektoren. I tillegg ble det foreslått at Fylkesmannen skulle få lovfestet og styrket sin rolle som samordner av de statlige tilsynene mot kommunene. Forslaget forutsatte at Fylkesmannen skal føre alt statlig tilsyn med at kommunene oppfyller sine lovpålagte kommuneplikter. Stortinget sluttet seg til forslaget gjennom behandlingen av Innst. O nr. 19 (2006-07). Lovendringene trådte i kraft 1. mars 2007.

35.3.2 Meld. St. 7 (2009-2010) Gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene

Stortinget behandlet 10. mai 2010 Meld. St. 7 (2009-2010) *Gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene*. Bakgrunnen for meldingen var behovet for en harmonisering av tilsynsbestemmelsene i særlovene i tråd med de alminnelige reglene om statlig tilsyn i kommuneloven kapittel 10 A. Målet med særlovsgjennomgangen var å oppnå at det i minst mulig grad gis egne særregler om tilsyn i særlovene. Det ble i meldingen gitt en samlet gjennomgang av reglene i særlovene om statlig tilsyn med kommunene.

I Meld. St. 7 (2009-2010) punkt 12.1 viste Helse- og omsorgsdepartementet til at gjeldende tilsyn med helse- og sosialtjenesten foregår i tråd med de hovedprinsippene som er lagt til grunn i kommuneloven kapittel 10 A. Departementet uttalte også at det vil bli fremmet forslag til endringer i tilsynsbestemmelsene med sikte på å harmonisere helse- og sosiallovgivningen med kommuneloven kapittel 10 A.

35.3.3 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget foreslo i NOU 2004:18 å videreføre Statens helsetilsyn som overordnet tilsynsmyndighet med helse- og sosialtjenesten i kommunene, og at navnet skulle endres til Statens sosial- og helsetilsyn, slik at det blir tydelig at ansvarsområdet dekker både sosial- og helsetjenesten.

Utvalget mente at tilsynsansvaret lagt til fylkeslegen som Helsetilsynet i fylket «kan ikke opprettholdes ved et integrert tilsyn og en integrert klagebehandling. Fylkeslegen må innordnes som en del av Fylkesmannens stab». Utvalget foreslo derfor at tilsynet på regionalt nivå samordnes ved

at tilsynet med helsetjenester overføres til Fylkesmannen. Myndighet til å gi pålegg ble foreslått samlet hos Fylkesmannen med Statens sosial- og helsetilsyn som klageinstans. For å sikre et tilstrekkelig uavhengig tilsyn foreslo utvalget at Statens sosial- og helsetilsyn skal kunne instruere Fylkesmannen, ikke bare i generell lovforståelse, men også i enkeltsaker. Videre foreslo utvalget en adgang for Statens sosial- og helsetilsyn til «av eget tiltak ta opp sak om tilsyn og pålegg etter loven her overfor kommunen», og at kommunen kan påklage pålegg fra Sosial- og helsetilsynet til departementet. Utvalget uttalte seg ikke om tilsyn med spesialisthelsetjenesten.

35.4 Evaluering av integrering av fylkeslegeembetet i fylkemannsmbetet

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har gjennomført en evaluering av integreringen i fylkemannsmbetene i 2003, jf. Difi rapport 2009:9 *En vellykket samordning av regional stat*.

Evalueringen viser at integreringen har ført til at staten fremstår som mer samordnet og helhetlig overfor kommunesektoren. Fylkesmannen og fagavdelingene på helse og utdanning har fått et mer helhetlig bilde av kommunene ved at helse og utdanning er integrert i embetet.

Difi viser til at den to-sporede styringen på helseområdet i praksis ikke er noe stort problem for Fylkesmennene, kommunene eller helseforetakene, men at den direkte styringen fra Helsetilsynet ikke er like uproblematisk for de øvrige direktoratene og departementene med styringsansvar for Fylkesmennene. Flere opplever at Helsetilsynet har en sterkere styring på sine oppgaver enn det de selv har mulighet til. Difi stiller spørsmål ved om det er nødvendig med dette systemet, og konkluderer med:

«Etter vår (Difis) vurdering er det prinsipielt uheldig med en styringsmodell som ikke er lik for alle eierdepartementene og -direktoratene. Dette kan føre til ytterligere suboptimalisering av styringen ved at de øvrige departementene og direktoratene på ulike måter prøver å sikre egne områder og på den måten sette den eksisterende styrings- og finansieringsmodellen under press. Dette kan igjen føre til mindre fleksibilitet for fylkesmannen i den interne styringen og hemme mulighetene for samarbeid og samordning mellom sektorene. HOD og Helsetilsynet bør derfor vurdere om det fort-

satt er slik at den direkte styringslinjen er en forutsetning for god oppgaveløsning og god dialog, eller om dette også vil kunne sikres innenfor den styringsmodellen som gjelder for de øvrige fagområdene.»

35.5 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at den instansen som skal være felles regional tilsynsin- stans, fortsatt må underlegges faglig instruksjons- myndighet fra Statens helsetilsyn. Departementet konkluderte imidlertid ikke i spørsmålet om Fyl- kesmannen eller Helsetilsynet i fylket bør være felles regional tilsynsin- stans, men oppfordret høringsinstansene til spesielt å uttale seg om dette. Også spørsmålet om hvem som skal ha myndighet til å gi pålegg ble holdt åpent. Videre foreslo departementet at det skulle presiseres i den nye loven at kommuneloven kapittel 10 A skal gjelde tilsvarende når det føres tilsyn med virk- somhet og personell.

I lovutkastet ble det tatt inn en tilsynsbestem- melse som var koplet til definerte kommuneplik- ter i den nye loven. Det ble også foreslått en egen bestemmelse om at lov om statlig tilsyn med hel- setjenesten skal gjelde for virksomhet og perso- nell etter den nye loven, med de presiseringer som følger av den nye loven. I tillegg ble tittelen på tilsynsloven foreslått endret til lov om statlig til- syn med helse- og omsorgstjenesten.

35.6 Høringsinstansenes syn

35.6.1 Generelt

Høringsinstansene slutter seg til at klage- og til- synsoppgavene etter helse- og omsorgstjenestelo- ven bør være samlet hos en instans – med noen få unntak. Det er også tilslutning til at Statens helse- tilsyn fortsatt bør ha overordnet ansvar og instruksjonsmyndighet når det gjelder tilsyn. Det er imidlertid delte meninger om den regionale til- synsin- stansen bør være Fylkesmannen eller Hel- setilsynet i fylket, og om hvem som bør ha myn- dighet til å ilegge pålegg.

35.6.2 Regional tilsynsin- stans

Flertallet av høringsinstansene mener at Fylkes- mannen bør være regional tilsynsin- stans. Dette gjelder *Fornyings-, administrasjons- og kirkedeparte- mentet, Kommunal- og regionaldepartementet, Fylkesmennene, kommunene og brukerorganisa-*

sjonene. Halvparten av Helsetilsynet i fylkene gir også uttrykk for dette. Flertallet viser særlig til at en samling av klage- og tilsynsoppgavene hos Fyl- kesmannen vil hindre uklare roller og innebære en mindre fragmentert stat. Det er også vist til hensynet til samordning med andre kommunale sektorer, og at denne løsningen vil gjøre det enklere og mer oversiktlig både for kommunene og deres innbyggere. Flere understreker at valg av Fylkesmannen som felles regional tilsynsin- stans forutsetter at Statens helsetilsyn beholder sitt overordnende ansvar og instruksjonsmyndig- het. Kommunal- og regionaldepartementet utta- ler:

«KRD viser til at det i kommuneloven kapittel 10 A er forutsatt at Fylkesmannen skal være fel- les statlig tilsynsin- stans overfor kommunesek- toren. Fylkesmannen er i dag også klageorgan for kommunale vedtak på flere sektorområder. En løsning med Fylkesmannen som felles klage- og tilsynsin- stans etter den nye loven, vil blant annet bidra til forenkling og en bedre samordning av statlig tilsyn med kommuneplik- tene. (...)

Når det gjelder utformingen av tilsynsbe- stemmelsen, anbefaler vi at § 12-4 utformes som en kompetanseregulering, jf. også Meld. St. 7 (2009-2010) kapittel 8. Vi viser også til Kommu- nal- og forvaltningskomiteens uttalelser om dette i Innst. 180 S s. 5: «Fylkesmannen og andre aktuelle statlige tilsynsetater bør i utgangspunktet gis et skjønn med hensyn til når og hvordan tilsynet skal uføres. For dette formål er en kompetanseregulering tilstrekkelig, men også praktisk nødvendig for at fylkesman- nens samordningsansvar for den samlede til- synsvirksomheten med en kommune kan bli en realitet i samsvar med kommuneloven § 60 b.»

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag uttaler:

«FMNT mener at en av de største utfordrin- gene i samhandlingsreformen, er å få de ulike sektorer i kommunen til å samhandle på en ny og langt bedre måte enn i dag. Valg av modell for tilsyn må ha som utgangspunkt at tilsynsin- stitutet underbygger og støtter opp om denne samhandlingen. Dette kan betegnes som den horisontale samhandlingsdimensjonen. Blant annet for å forbedre tjenestetilbudet til brukere med sammensatte behov er dette svært viktig. Ikke minst er det viktig at forhold som ligger under oppvekst og utdanning blir sett i sam-

menheng med sosial- og helseområdet. FMNT mener denne utfordringen best ivaretas ved å legge tilsyn med lovligheten av kommunenes oppfyllelse av lovpålagte plikter til Fylkesmannen som uansett vil ha tilsynsansvaret utenfor det området lovforslaget omfatter. Et valg av fylkesmannen som lokal og regional tilsynsmyndighet vil dessuten innebære en organisatorisk forenkling, og gi en bedre ryddighet i ansvarslinjene for både kommunene og for enkeltpersoner. Dette innebærer færre statlige enheter på regionalt nivå, og vil være en forenkling både for kommunene som møter en tilsynsinstans uavhengig av fagområde, og for innbyggerne som får en felles tilsynsinstans for alle kommuneplikter, enten dette er på barnevernsområdet, helse, sosial, opplæring, miljø.

FMNT ser at et sentralt spørsmål som reiser seg ved en slik løsning kan være om Fylkesmannen vil ha den nødvendige kompetanse til å overta det tilsynsansvaret som i dag tilligger Helsetilsynet på fylkesnivå. En slik løsning vil ikke medføre reelle endringer i forhold til måten oppgavene løses på i dag. FMNT er i dag svært opptatt av at det rekrutteres kompetente fylkesleger og annet fagpersonell og dette vil være et nøkkelpunkt også i den framtidige ordning. Uavhengig av hvilken myndighet som tillegges tilsynsansvaret på regionalt nivå tilsier erfaringene fra Nord-Trøndelag at det vil bli utfordrende å skaffe tilstrekkelig helsefaglig kompetanse og tilfredsstillende tilsynskompetanse. FMNT mener at Statens helsetilsyn som overordnet faglig myndighet bør ha et ansvar for å rekruttere og utdanne tilsynspersonell til regionalt nivå. Kompetanse er viktig for å sikre at det fremtidige tilsynet blir et tilsyn som kan overprøve alle forhold ved saken/klagen, også de faglige vurderingene som er gjort.

FMNT er regional myndighet overfor landbrukssektoren, miljøvern, oppvekst- og utdanning, sosial og barnevern. FMNT har hatt arbeidsgiveransvar og økonomisk driftsansvar ovenfor Helsetilsynet i N-T i åtte år, og FMNT kjenner Helsetilsynet i N-T sine arbeidsoppgaver. FMNT kan ikke se at det regionale tilsynet blir svekket dersom Fylkesmannen overtar tilsynsansvaret. (...)

FMNT kan ikke se at det er hensiktsmessig at Helsetilsynet i fylket skal utvide sin oppgaveportefølje samtidig som Fylkesmannen skal ha arbeidsgiveransvar og økonomisk ansvar for samme virksomheten. Den myndighet som utøver arbeidsoppgavene bør også ha økonomisk driftsansvar og personellansvar mener

FMNT. Samhandlingsreformen krever en helhetlig regional tilsynsmyndighet og Fylkesmannen som regional tilsynsmyndighet vil kunne ivareta dette.»

Statens råd for likestilling av funksjonshemmede uttaler:

«Rådet støtter forslaget om felles klage- og tilsynsinstans fordi det understøtter samhandlingsreformen, og mener at fylkesmannen bør ha ansvar for både klagesaker og regionale tilsyn. (...) Forslaget innebærer dessuten bedre ryddighet i ansvarslinjene. Fylkesmannen bør også ha ansvar for regionale tilsyn som en naturlig konsekvens av sammenhengen mellom klagesaker og tilsynssaker. Klagesaker gir viktig bakgrunnskunnskap for planlagte tilsyn.»

Andre sentrale instanser mener at Helsetilsynet i fylket bør velges som felles klage- og tilsynsinstans. Dette gjelder Statens helsetilsyn, et mindretall av Helsetilsynet i fylkene og enkelte bruker- og yrkesorganisasjoner. Disse viser særlig til behov for nødvendig helsefaglig kompetanse, og at Helsetilsynet i fylket er den instansen som best kan ivareta klage- og tilsynsoppgavene for den samlede helse- og omsorgstjenesten i kommunene og for alle øvrige helsetjenester og personell.

Flere av Helsetilsynet i fylkene har sluttet seg til uttalelsen fra *Statens helsetilsyn*, der det fremgår:

«Statens helsetilsyn mener at den organiseringen av tilsynet med de kommunale helse og omsorgstjenestene som velges i loven må sikre at:

- Kommunale tjenesteytere og andre tjenesteytere behandles likt når det gjelder gjennomføring av tilsyn og normering med grunnlag i like lovkrav.
- Det er god sammenheng mellom de tilsynsmessige vurderingene som gjøres i forhold til virksomheter og i forhold til personellet.
- Det statlige tilsynet har mulighet til å følge hele tjenestekjeden (primærnivå og spesialisert nivå) og dermed pasient- og brukerforløpene.
- Den regionale organiseringen av et effektivt tilsyn ikke hindres av manglende samsvare mellom geografiske og organisatoriske grenser.

- Tilsyn og klagesaksbehandling holdes samlet.
- Normering gjennom tilsyn (for eksempel vedtak om pålegg) blir gjennomført likt på landsbasis.

Basert på erfaringene fra omorganiseringen av tilsynet med helsetjenesten på fylkesnivå, mener Statens helsetilsyn at de ovenfor nevnte momentene best kan sikres ved å beholde et særlig regionalt tilsynselement hos Fylkesmannen. Etter en helhetsvurdering mener Statens helsetilsyn at klage- og tilsynsoppgavene bør legges til Helsetilsynet i fylket og ser samtidig at det kan være behov for å vurdere navneendring i forbindelse med utvidelse av arbeidsoppgavene.

Dersom departementet skulle se et behov for større forandringer som vil kunne utfordre de momentene som er nevnt ovenfor, mener Statens helsetilsyn at dette vanskelig kan gjøres på en forsvarlig måte med grunnlag i det foreliggende lovforarbeidet. Det vil da være behov for også å gå dypere inn i utformingen av tilsynet med spesialisthelsetjenesten, jf. utfordringene som skisseres i Difi-rapport 2009:9. Etter Statens helsetilsyns vurdering vil dette kreve en evaluering og eventuelt mer gjennomgripende revisjon av lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.»

Norsk Sykepleierforbund uttaler:

«NSF mener at Helsetilsynet i fylkene fortsatt bør ivareta tilsynet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Organiseringen av tilsynet må understøtte målet om å sikre befolkningen nødvendige og grunnleggende helsetjenester. Det er behov for et tilsyn som har et overordnet faglig tilsynsansvar for alle tjenestene gjennom ulike pasientforløp og på tvers av tjenesteområder.»

Helsetilsynet i Aust-Agder uttaler:

«Det er imidlertid ikke den samme nærhet mellom det kommunerettede tilsynet og Helsetilsynet i fylkets andre tilsynsoppgaver, som saker mot det enkelte helsepersonellet, og klage- og tilsynssaker mot spesialisthelsetjenesten. Det er således vanskelig å se begrunnelse for at Fylkesmannen skal ha all tilsynskompetanse i dette perspektivet.

(...) Etter vårt syn foreligger det tre aktuelle løsninger på det fremtidige tilsyn etter helselovgivningen:

- Fylkesmannen har det samlede tilsynsansvar
- Helsetilsynet i fylket har det samlede tilsynsansvar
- Alt kommunerettet tilsyn samles hos fylkesmannen og tilsyn med helsepersonell og spesialisthelsetjeneste samles hos helsetilsynet
- Uendret, tosporet system som nå men med den endring at Helsetilsynet i fylket fører tilsyn med ny lov om helse- og omsorgstjenester.

(...) Helsetilsynet i Aust-Agders råd til departementet er at det ikke gjennomføres endringer i denne lov som endrer på tilsynsansvaret for helsetjenestene, men at Helsetilsynet i fylket fører tilsyn etter ny lov om helse- og omsorgstjenester inntil den nevnte anbefalte utredning har funnet sted. Det er også den endringen som etter vårt syn har og får minst konsekvenser for tilsyn med og forholdet til tjenestene umiddelbart.»

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag mener i likhet med Helsetilsynet i Aust-Agder at det er behov for å gå dypere inn i spørsmålene høringsutkastet reiser før det kan trekkes endelige konklusjoner om organisering av klage- og tilsynsfunksjonene. *Helsetilsynet i Oppland* anbefaler at det ikke tas stilling til om dagens ordning med delt ansvar mellom Fylkesmannen og helsetilsynet i fylket skal beholdes før ordningen er ytterligere evaluert i forbindelse med samhandlingsreformen.

Det er delte meninger om risiko for faglig svekkelse og problemer med å rekruttere personell med nødvendig helsefaglig kompetanse ved overføring av tilsynsoppgaver fra Helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen. *Fylkesmannen i Nordland* uttaler:

«Fylkesmannsembetet innehar samme medisinske/helsefaglige kompetanse som Helsetilsynet i fylket. Det er de samme menneskene, og således de samme faglige ressursene. Helsetilsynets personell er per i dag ansatt hos Fylkesmannen. Det vil være den samme kompetansen uansett organisering. Det vil altså ikke medføre noen faglig svekkelse om all tilsynsmyndighet legges til Fylkesmannen. Informasjon om dette, vil kunne motvirke en eventuell oppfatning om at det skjer en faglig svekkelse.»

Midt-Troms regionråd (samarbeid mellom *kommunene Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy*) «ser ingen betenkeligheter med å overføre tilsynet med de kommunale helse-tjenestene til Fylkesmannen, og deler ikke departementets bekymring for at en slik overføring vil svekke tilsynets faglige autoritet og påvirke rekrutteringen av kompetent personell.» I likhet med flere andre kommuner uttaler disse kommunene:

«I et kommunalt perspektiv, er det de samme folkene som bekler stillingene hos Fylkesmannen og Helsetilsynet.»

Helsetilsynet i Nordland uttaler:

«Kravet om at det skal være en fylkeslege er stilt fordi tilsyn med helsetjenesten forutsetter medisinsk kompetanse. Dersom Helsetilsynet i fylket blir innlemmet i Fylkesmannen, også utover det administrative som i dag, vil fylkesmannen bli fylkeslegens overordnede også faglig. Vi mener dette innebærer en risiko for svekkelse av tilsynets faglige uavhengighet og kan redusere tilliten til tilsynet med helsetjenesten.»

Helsetilsynet i Oslo og Akershus uttaler:

«Helsetilsynet i fylket har opparbeidet en faglig autoritet og legitimitet i helsetjenesten som er viktig for å opprettholde et uavhengig og sterkt tilsyn. Det er selv i vår region problemer med å rekruttere og beholde helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse, og da særlig legespesialister. Vi mener dette kan bli enda vanskeligere hvis Helsetilsynet i fylket ikke lenger skal eksistere som egen instans.»

35.6.3 Tilsyn med spesialisthelsetjenesten

Flere av Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene viser til særlige utfordringer når det gjelder tilsyn med spesialisthelsetjenesten. *Helsetilsynet i Aust-Agder* uttaler:

«Tilsyn med spesialisthelsetjenesten er i rask utvikling. Det kreves fokus, ikke bare på høyt spesialisert behandling rent faglig, men også på risikostyring under omstilling, datasikkerhet mv. Organisering (og omorganisering) av sykehus i fylkesovergripende foretak tilsier at tilsynsmyndigheten raskt må kunne tilpasse ressursene. (...)

Helsetilsynet i Aust-Agder mener prinsipielt at man bør følge Difi's råd om å ta diskusjonen om tilsyn med spesialisthelsetjenesten kan gjøres innenfor rammen av Fylkesmannsembetet. Blant de forhold som bør drøftes nøye er rekruttering og den særskilte kompetanse som kreves for tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Dessuten må det forhold at tilsyn planlegges og utføres på tvers av fylkesgrenser, i en organisasjonsmessig form som kan krever relativt raske omstillinger, tillegges vekt. Kravene til tilsyn er sterke, tilsynet må være sterkt faglig for å ha den nødvendige legitimitet, og tilsyn bør komme raskt ved alvorlige hendelser.»

Helsetilsynet i Telemark anfører prinsipalt at de ikke har noe ønske om en endring av dagens ordning i retning av å samle tilsynet med helse- og sosialsaker hos én felles instans på fylkesnivå. Subsidiært er det anført at «Dersom det likevel skal etableres én slik felles klage- og tilsynsinstans, bør dette være Helsetilsynet i fylket.» Om forholdet til spesialisthelsetjenesten er det anført:

«Helsetilsynet i fylket har i dag bl.a. ansvaret for tilsyn og klagebehandling når det gjelder spesialisthelsetjenesten, inkludert sykehusene / helseforetakene. Helsetilsynet er tilpliktet å gi råd og veiledning til spesialisthelsetjenesten i forbindelse med tilsynsvirksomheten. Helsetilsynet i Telemark mener at både tilsyns- og veiledningsfunksjonen overfor spesialisthelsetjenesten, særlig helseforetakene, bør foretas av en rent helsefaglig instans. Det er ikke rimelig eller hensiktsmessig at medisinske forsvarlighetsvurderinger gjort av Helsetilsynet eller fylkeslegen på faglig grunnlag skal kunne overprøves ut fra ikke-medisinske vurderinger. Fylkesmannen har inntil nå ikke hatt noen rolle eller funksjon overfor helseforetakene. Disse får i dag styringssignaler fra de regionale helseforetakene (RHF'ene) og fra Helsedirektoratet og departementet. Det vil kunne bli unødig komplekst å involvere også fylkesmannsembetene i den faglige kontrollen med helseforetakene. Helsetilsynet finner det mest formålstjenlig at fylkesmennene fortsetter å ha sitt hovedfokus på kommunene, mens en rent faglig instans som Helsetilsynet foretar tilsynsvirksomhet med spesialisthelsetjenesten inkludert sykehusene. Videre finner Helsetilsynet det ikke riktig å skille tilsyns- og klageansvaret for primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at kravene til faglig forsvarlighet og de øvrige lovbestemte kravene praktiseres likt

overfor alle deler av helsetjenesten. I noen tilfeller er det også kombinerte klager på spesialist- og primærhelsetjenesten.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Rogaland uttaler:

«Uansett tilsynsinstitusjon forutsettes både tilstrekkelige ressurser og spisskompetanse til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenestene. Vi kan ikke se at utfordringene på dette feltet skulle bli større eller endret om Fylkesmannen overtar tilsynsansvaret.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland uttaler:

«Tilsynet med spesialisthelsetjenestene er krevende og føreset at embeta rekrutterer helsepersonell med relevant spisskompetanse og erfaring. Dersom fylkesmannen blir regional tilsynsinstitusjon, må det vere rom og rammer som gjer det mogeleg å ivareta tilsynet med spesialisthelsetjenestene på ein god og tillitvekkjande måte. Vi trur ikkje at det er namnet på tilsynsinstitusjonen, men den faglege kompetansen og måten tilsynet blir utført på, som er avgjerande for tillit og truverde til måten fylkesmannen løyser denne delen av samfunnsoppgaven. Tillit og truverde er avgjerande for omdømmet og såleis også viktige føresetnader for rekruttering av personell med nødvendig fagleg kompetanse.

Enkelte av helseforetakene omfattar verksemdene i meir enn eitt fylke. For at det skal vere ein tilsynsinstitusjon for kvart helseforetak, har Helse- og omsorgstilsynet i dei aktuelle fylka avtalt kven av dei som har tilsynsfunksjonen. Vi legg til grunn at det ikkje vil vere noko som hindrar vidareføring av slike ordningar om fylkesmannen blir regional tilsynsinstitusjon.»

35.6.4 Forholdet til kommuneloven kapittel 10 A – myndighet til å gi pålegg

Flere kommuner viser til at samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren tilsier at tilsynet bør skje etter kommuneloven kapittel 10 A.

Statens helsetilsyn uttaler at harmonisering med kommuneloven kapittel 10A «medfører ingen endring i rettstilstanden hva gjelder hovedformålet med statlig tilsyn overfor kommunene på områdene helse- og omsorg, nemlig å undersøke og bedømme om kommunen overholder kravene i lovgivningen.» Videre er det anført:

«Tilsyn med de plikter kommunen er pålagt i helse- og omsorgsloven må bl.a. sees i sammenheng med de rettigheter pasienter og brukere er gitt i pasientrettighetsloven og de plikter helsepersonell er pålagt i helsepersonelloven. Disse to lovene må betegnes som aktørplikter siden de retter seg mot all helsetjeneste og alt helsepersonell, tilsynet er følgelig ikke direkte regulert av kommuneloven kapittel 10A. Tilsynet vil imidlertid bygge på de samme grunnprinsipper, nevnte forskjell vil derfor ha liten betydning for kommunene.

(...) I høringsnotatets kapittel 27 om tilsyn pekes det innledningsvis på at kommunelovens kapittel 10A forutsetter at det statlige tilsynet med kommunene skal gjøres av Fylkesmannen. Denne forutsetningen gjelder egentlig plikter som bare er pålagt kommunene, jf. kommuneloven § 60 a), annet ledd. Forutsetningen er bare delvis oppfylt når det gjelder de krav som stilles ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Mange sentrale lovpålagte krav, som for eksempel kravet til forsvarlig virksomhet og kravene til journalføring, er like både for kommunale og for andre tjenesteytere. Ut fra likebehandlingsbetraktninger er det vesentlig å sikre et enhetlig statlig tilsyn overfor alle aktuelle tjenesteytere. For lovkrav som gjelder både kommunene og andre virksomheter må det ikke kunne stilles spørsmål ved om kommunale tjenesteytere behandles på andre måter enn andre tjenesteytere.

Etter Statens helsetilsyns vurdering må det derfor tilstrebes at de tilsynsordninger som gjøres gjeldende for innholdet i de kommunale tjenestene også kan gjøres gjeldende for andre tjenesteytere.

Videre er en rekke av de aktuelle lovkravene (for eksempel i helsepersonelloven) ikke bare gjeldende for virksomhetene, men også for helsepersonellet. Etter vår vurdering må det sikres at tilsynet med virksomheter og med personell bygger på like prinsipper og ikke minst ut fra effektivitetsbetraktninger, også gjennomføres av samme instans. I forbindelse med økt innsats for å sikre en samordning av kommunale tjenester og tjenester som ytes av de statlige helseforetakene, synes det hensiktsmessig å sikre at det statlige tilsynet med hele tjenestekjeden, og dermed med pasient- og brukerforløpene, blir utført av samme instans.»

Høringsinstansene har delte meninger om hvem som bør ha myndighet til å gi pålegg, men det er

ikke mange som har uttalt seg om dette. *Kommunal og regionaldepartementet* uttaler:

«Forutsatt at Fylkesmannen blir ny, felles tilsynsinnsinstans, mener vi at det også bør være Fylkesmannen som bør ilegge pålegg.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nordland uttaler:

«De alvorligste sakene (10-15 %) sendes i dag til Statens helsetilsyn, for vurdering av om administrativ reaksjon og/eller pålegg skal ilegges. Vurdering av pålegg og administrative reaksjoner i den enkelte sak henger så nøye sammen at vi mener de må vurderes av samme instans. Dersom for eksempel virksomheten mangler systemer for å sikre forsvarlig behandling med videre, vil det influere på vurderingen av ansvaret til det enkelte personell som har sviktet og vice versa. Som nevnt tidligere, forblir myndigheten til å ilegge administrativ reaksjon (advarsel, autorisasjonstap mv.) overfor personell, i Statens helsetilsyn.

Myndighet til å gi pålegg overfor spesialisthelsetjenesten vil fortsatt ligge hos Statens helsetilsyn, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-1. Etter vår vurdering er dette også et argument for at myndigheten til å gi pålegg samles hos Statens helsetilsyn. »

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mener at:

«Statens helsetilsyn skal ha faglig instruksjonsmyndighet, og myndighet til å gi pålegg om å rette opp uheldige eller uforsvarlige forhold samt myndighet til å gi administrative reaksjoner til helse- og omsorgspersonell.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud har avgitt felles uttalelse om at fylkesmannen bør ha påleggskompetansen, men at «det kan vurderes å la Statens helsetilsyn beholde påleggskompetansen overfor spesialisthelsetjenesten.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hedmark mener at myndigheten til å gi pålegg bør legges til «tilsynsmyndigheten i fylket».

35.7 Departementets vurderinger og forslag

35.7.1 Overordnet faglig tilsyn

Rollen til Statens helsetilsyn som overordnet faglig tilsynsmyndighet etter helse-, sosial- og barnevernlovgivningen kommer til uttrykk gjennom sty-

ring og prioritering av områder og tema for tilsyn, metodeutvikling og harmonisering av tilsynsutøvelsen. Statens helsetilsyn forventes å ha en generell oversikt over tilstanden i tjenestene. Dette krever både rutinemessig overvåking av tilgjengelige data og egen innsamling av data for å belyse spesifikke problemstillinger. Tilsynserfaringer skal systematiseres, og kunnskap om tjenestene skal analyseres og vurderes for å kunne identifisere områder der det svikter eller er risiko for svikt, eller forhold som av andre grunner bør forbedres. Dette gir grunnlag for å vurdere behov for tilsyn med de forskjellige virksomhetene nærmere.

Rollen som overordnet faglig tilsyn har videre som formål å sikre helhetlig og enhetlig behandling av tilsyn og klager:

- Den sikrer helhetlig tilsyn med både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester. I skjæringspunktet mellom ulike tjenester og nivåer er det spesielt stor fare for svikt. Tilsyns- og klagesaksorganiseringen må i fremtiden understøtte formålet med samhandlingsreformen når det gjelder å sikre rette tjenester på rett nivå.
 - Den skal sikre at lovens krav til tjenestene fortolkes likt, at det materielle innholdet i den standard som kommunene ikke kan fravike, er den samme i hele landet.
 - Den skal også sikre at tilsynsmyndighetens saksbehandling gjennomføres innenfor regelverket og med samme krav til kvalitet uavhengig av fylke.
- Den sikrer mulighet for styring av samarbeid og samordning av tilsyn med spesialisthelsetjenesten når eierforholdene gjør det hensiktsmessig.

Departementet finner det ikke tvilsomt at Statens helsetilsyn fortsatt bør ha ansvar for overordnet tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og påse at virksomheter drives på en faglig forsvarlig måte og i samsvar med lov og forskrift. Høringsinstansene har sluttet seg til dette. Etter departementets vurdering vil et overordnet ansvar for Statens helsetilsyn sikre nødvendig uavhengighet i tilsynet i tillegg til en god styring og prioritering av områder og tema for tilsyn, metodeutvikling og harmonisering av tilsynsutøvelsen.

Videre bør det fortsatt være en del av rollen til Statens helsetilsyn å gi vurderinger til overordnede myndigheter og ansvarlige for tjenestene om udekkede behov, uønskede dreininger i prioriteringer eller variasjoner som ikke er i samsvar med lovgivningen og nasjonale mål og prioriteringer.

35.7.2 Hvem bør være regional tilsynsinstans?

I valg av regional tilsynsinstans er det en rekke sentrale hensyn som må ivaretas:

- Valg av, og organisering av, tilsynsmyndighet for spesialisthelsetjenesten må bygge på behovet for faglig tyngde og tillit. Med den økende grad av spesialisering og kompleksitet som preger spesialisthelsetjenestens innhold og organisering er det, etter departementets vurdering, helt avgjørende å beholde en tilsynsinstans på fylkesnivå som har nødvendig kompetanse til å utøve myndighet på dette området.
- Tilsynsmyndighet for spesialisthelsetjenesten må kunne ivareta at eierforholdene ikke alltid vil følge fylkesgrensene. Det må være en instruksjonsmulighet for overordnet tilsynsmyndighet som sikrer enhetlig tilsyn innen samme helseforetak. Tilsynsmyndigheten må kunne pålegges samarbeid med, eller eventuelt å avgi myndighet til, tilsynsmyndigheten i et annet fylke når det er nødvendig.
- Pasienter i spesialisthelsetjenesten er som regel også pasienter i eller brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Statens helse-tilsyn har påpekt at faren for svikt er størst i samhandlingen mellom forvaltningsnivåene. Det er derfor ønskelig at det gjelder samme tilsynsordning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten som for spesialisthelsetjenesten. Det bør være felles tilsynsinstans for begge nivåene.
Det er nær sammenheng mellom behandling av klagesaker og behandling av tilsynssaker. Pasient og bruker har ofte ikke kunnskap om skillet mellom klage- og tilsynssaker og det er derfor viktig at en ikke skaper en klage- og tilsynsordning som er uoversiktlig.

Hensynene nevnt ovenfor kan ivaretas både ved å velge Fylkesmannen som regional klage- og tilsynsinstans og ved å velge av Helsetilsynet i fylket.

Ved valg av *Fylkesmannen* som felles regional tilsynsinstans kan det i tillegg anføres følgende:

- Etter kommuneloven kapittel 10 A skal Fylkesmannen være felles statlig tilsynsinstans overfor kommunene. Fylkesmannen er i dag regional tilsynsmyndighet etter sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, opplæringsloven, barnevernloven, forurensingsloven, barnehageloven, havne- og farvannsloven, lov om kommunal beredskapsplikt og krisesenterlova. Hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommune-

sektoren tilsier at Fylkesmannen også bør være tilsynsinstans etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Tilsynet med kommunenes tjenesteproduksjon bør være mest mulig helhetlig, slik at de ulike delene av kommunenes tjenesteproduksjon vurderes i sammenheng.

- Uavhengige og ukordinerte sektortilsyn kan føre til uheldige vridninger i kommunenes prioriteringer.
- Det er viktig for pasienter og brukere med behov for hjelp både fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fra andre kommunale sektorer at tilsynsinstansen er den samme, slik at de kommunale tjenestene kan ses i sammenheng.
- Løsningen innebærer færre statlige enheter på regionalt nivå, og vil være en betydelig forenkling både for kommunene som møter én tilsynsinstans uavhengig av fagområde, og for innbyggerne som får felles tilsynsinstans for alle kommuneplikter, enten dette er på barnevernområdet, helse, sosial, opplæring, miljø eller annet, jf. ovenfor.
Fylkeslegens særstilling kan sies å svekke samordningen av statens tilsyn med kommunesektoren, og samordningen kan bli ytterligere svekket hvis også tilsynet med omsorgstjenesten legges inn under Helsetilsynet i fylket.

Når det gjelder *Helsetilsynet i fylket*, kan det anføres at denne instansen i dag har opparbeidet faglig autoritet og legitimitet i helsetjenesten. Alle ansatte i det tidligere fylkeslegeembetet ble fra 1.1.2003 tilsatt i fylkesmannsembetet. Det kan oppfattes som en faglig svekkelse, både i befolkningen og de faglige miljøene dersom oppgaver som i dag utføres av Helsetilsynet i fylket (fylkeslegen), blir overført til Fylkesmannen, selv om det ikke skjer endringer når det gjelder kompetanse og bemanning på området. Et slikt mulig inntrykk kan imidlertid motvirkes ved en tydeligere og gjennomgående intern organisering ved at det etableres en samlet helse- og omsorgsavdeling under ledelse av fylkeslegen ved alle fylkesmannsembeter. Det kan også anføres at overføring av oppgaver fra Helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen kan føre til at det blir vanskelig å rekruttere tilstrekkelig personell med nødvendig helsefaglig kompetanse. Høringsinstansene har delte meninger om dette spørsmålet, jf. punkt 35.6.

Den instansen som skal være felles regional tilsynsinstans, må etter departementets syn underlegges faglig instruksjonsmyndighet fra Sta-

tens helsetilsyn. Uten denne instruksjonsmyndigheten, og de styringsvirkemidlene som er beskrevet over, vil effektiviteten i styringen av tilsyn med helse- og omsorgstjenestene reduseres. Det er ikke ønskelig å legge opp til styringslinjer via departementet. Departementet mener at den styringen som Statens helsetilsyn i dag har myndighet til, må videreføres for å sikre kompetent, effektiv og lik styring av tilsyn.

Etter en helhetsvurdering av momentene nevnt ovenfor og uttalelsene fra høringsinstansene har departementet kommet til at Fylkesmannen bør være felles klage- og tilsynsinstans. Flertallet av høringsinstansene mener dette, jf. punkt 35.6. Departementet er enig i at dette vil innebære en mindre fragmentert stat, og at løsningen vil gjøre det enklere og mer oversiktlig både for kommunene og deres innbyggere. For øvrig viser til departementet til vurderingen i kapittel 34 av hvem som bør være felles klageinstans, jf. særlig punkt 34.7.8.

35.7.3 Harmonisering av tilsynet til prinsippene i kommuneloven kapittel 10 A – lovlighetstilsyn mv.

I Meld.S. 7 (2009-2010) om gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene, fremgår det at det vil bli fremmet forslag til endringer i tilsynsbestemmelsene med sikte på å harmonisere helse- og sosiallovgivningen med kommuneloven kapittel 10 A. Det statlige tilsynet med helse- og omsorgstjenesten i kommunene innebærer kontroll med om kommunene overholder kravene i lovgivningen. Tilsynet er dermed basert på det samme prinsippet som er nedfelt i kommuneloven § 60 b, som går ut på at det skal føres «lovlighetstilsyn». En harmonisering her vil derfor ikke innebære endringer i forhold til gjeldende ordning. En vesentlig del av lovlighetstilsynet gjelder å kontrollere at forsvarlighetskravet overholdes, jf. gjeldende bestemmelser i spesialisthelsestjenesteloven § 2-2, helsepersonelloven § 4 og forslag til § 4-1 i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det presiseres i den nye loven at kommuneloven kapittel 10 A skal gjelde tilsvarende når Fylkesmannen fører tilsyn etter den nye loven, med unntak av § 60 d, jf. nedenfor. En slik henvisning innebærer at Fylkesmannen også må forholde seg til kommunelovens regler om lovlighetstilsyn (§ 60 b), innsyn (§ 60 c) og samordning (§60 e) ved gjennomføringen av tilsyn med kommunene.

35.7.4 Myndighet til å gi pålegg

Etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten er myndighet til å gi pålegg om å rette opp uheldige eller uforsvarlige forhold og myndighet til å gi administrative reaksjoner til helsepersonell, tillagt Statens helsetilsyn. Fylkesmannen er tillagt myndighet til å gi pålegg om å rette opp uheldig eller uforsvarlig virksomhet etter sosialtjenesteloven. Når regelverket nå samordnes bør også regelverket for pålegg bli enhetlig. Av hensyn til brukerne bør all behandling av klage og tilsyn følge samme spor. En mulighet er at adgangen til å gi pålegg på nasjonalt nivå samles hos Statens helsetilsyn. En slik løsning vil ivareta behov for samordning både horisontalt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og vertikalt i forhold til spesialisthelsestjenesten. Dette vil sikre et enhetlig nivå på kravene til helse- og omsorgstjenestene nasjonalt.

Det er også et alternativ at Fylkesmannen ilegger pålegg. Kommuneloven § 60 d første ledd gir Fylkesmannen myndighet til å gi pålegg til kommunen eller fylkeskommunen om å rette forhold som er i strid med de bestemmelser Fylkesmannen fører tilsyn med etter § 60 b. I § 60 b andre til fjerde ledd er det gitt nærmere prosessregler for når kommunen skal gis pålegg. Tilsynsetaten må vurdere de virkninger pålegget kan ha for kommunens eller fylkeskommunens øvrige virksomhet, før pålegget ilegges.

Etter en helhetsvurdering av momentene nevnt ovenfor og uttalelsene fra høringsinstansene har departementet kommet til at myndigheten til å gi pålegg bør legges til Statens helsetilsyn. Departementet viser særlig til uttalelsene fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nordland, gjengitt i punkt 35.6.4.

Myndigheten til å gi pålegg overfor spesialisthelsetjenestene vil fortsatt ligge hos Statens Helsetilsyn, og departementet er enig i at dette er et argument for at myndigheten til å gi pålegg samles hos Statens helsetilsyn. Departementet legger vekt på at hensynet til likebehandling overfor kommunene på dette området, der det kan være stor risiko for skade, tilsier at myndighet til å gi pålegg samles hos Statens helsetilsyn.

35.7.5 Nærmere om forslaget til lovendringer

I forslaget til nye, felles tilsynsregler for helse- og omsorgstjenesten har departementet tatt hensyn til, og utgangspunkt i, de føringene som er gitt for utarbeidelse av nye hjemler for tilsyn rettet mot kommunene i Meld. St. 7 (2009-2010). Det kan tenkes ulike alternativer for lovfesting av en felles

tilsynsordning. Departementet foreslår en tilsynsbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som er koplet til definerte kommuneplikter i loven. Forslaget bygger på en risiko- og sårbarhetsanalyse når det gjelder hvilke områder det skal føres statlig tilsyn med. Departementet har lagt vekt på at den nye loven vil være en sentral velferdslov som skal regulere tjenester som skal dekke grunnleggende behov for helse- og omsorgstjenester. For å tydeliggjøre at tilsyn rettet mot kommunepliktene i den nye loven skal foregå i tråd med hovedprinsippet etter kommuneloven kapittel 10 A, er det presisert at kommuneloven kapittel 10 A, med unntak av § 60 d, gjelder for Fylkesmannens tilsynsvirksomhet.

Det er også foreslått diverse endringer i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Tittelen på loven er endret til lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten. «Helsetilsynet i fylket», er erstattet med «Fylkesmannen», «helsetjenesten» er erstattet med «helse- og omsorgstjenesten.» I tillegg er det foreslått en presisering av at Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og «er da direkte underlagt Statens helsetilsyn», jf. § 1 nytt fjerde ledd.

Ordet uheldig er tatt ut i § 5 om adgang til å gi pålegg. Dette innebærer at adgangen til å gi pålegg bare skal gjelde hvis virksomheten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uforsvarlig.

Del VII
Særregulering i forhold til enkelte grupper

36 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

36.1 Innledning

Det er et mål på sikt at reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten blir bedre samordnet enn de er i dag. Departementet har imidlertid ikke hatt kapasitet til å utrede dette nærmere, slik at forslagene i denne proposisjonen om regulering av tvang i hovedsak innebærer en videreføring av gjeldende rett på området. Det er imidlertid nødvendig å gjøre noen mindre tilpasninger for at reglene kan videreføres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Nedenfor følger først en gjennomgang av gjeldende regler i sosialtjenesteloven kapittel 4A om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Disse reglene skiller seg på flere punkter fra reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4A, som regulerer helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A går på sitt område foran reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4A.

36.2 Gjeldende rett

36.2.1 Generelt

Sosialtjenesteloven kapittel 4A regulerer bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Kapitlet er omfangsrikt og stiller strenge vilkår for når tvang og makt kan brukes, i tillegg til strenge krav til saksbehandling, kontroll og tilsyn. Hovedformålet er å unngå unødig bruk av tvang og makt overfor de forholdsvis få psykisk utviklingshemmede som i perioder har alvorlig utfordrende atferd. I § 4A-1 første ledd er det presisert at formålet med reglene er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Hovedregelen er at andre løsninger skal være prøvd før bruk av tvang vurderes. Det er dermed en sentral utfordring å utvikle metoder som så langt som mulig gjør bruk av tvang overflødig. I

§ 4A-1 andre ledd er det presisert at tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med tjenestemottakernes selvbestemmelsesrett.

36.2.2 Virkeområde

Virkeområdet for sosialtjenesteloven kapittel 4A er avgrenset på tre måter; hvilke tjenester reglene gjelder for, hvilke personer som er målgruppen, og hva som skal regnes som bruk av tvang eller makt. Etter § 4A-2 første ledd gjelder virkeområdet tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstavene a til d. I tillegg gjelder sosialtjenesteloven kapittel 4A når kommunen yter tjenester etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 4, jf. andre ledd nr. 4 og 6. Dette fremgår av kommunehelsetjenesteloven § 6-10.

Reglene er avgrenset til å gjelde følgende tjenester:

- praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemning, alder eller av andre årsaker
- avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid
- støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemning, alder eller sosiale problemer
- plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til de som har behov for det på grunn av funksjonshemning, alder eller av andre årsaker
- pleie og omsorg i hjemmesykepleie eller under opphold i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.

Sosialtjenesteloven kapittel 4A gir ikke hjemmel for tvangsmedisinering, tvungen undersøkelse og behandling av somatiske og psykiske lidelser. Reglene gir heller ikke hjemmel for bruk av tvang i skoler, i barnehager eller på arbeidsplasser.

Sosialtjenesteloven kapittel 4A er for det andre avgrenset til å gjelde personer med psykisk utviklingshemning. Av rundskriv IS-10/2004 (utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2004) fremgår det at diagnosesystemet ICD-10 skal ligge til grunn for diagnostikk av psykisk utviklingshemmede. Her er det også presisert at diagnostisering i hovedsak skal stilles av spesialisthelsetjenesten, eventuelt gjennom et samarbeid med primærhelsetjenesten.

Den tredje avgrensningen gjelder hva som skal regnes som bruk av tvang eller makt, jf. § 4A-2 andre ledd: «Som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt». I tillegg skal bruk av «inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger» alltid regnes som bruk av tvang eller makt. Spørsmålet om et tiltak skal regnes som bruk av tvang eller makt etter § 4A-2, må avgjøres etter en helhetsvurdering.

36.2.3 Rett til medvirkning og informasjon – krav til forebygging

Sosialtjenesteloven § 4A-3 regulerer rett til informasjon og medvirkning. I denne paragrafen er det også henvist til sosialtjenesteloven § 8-4, som krever at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med tjenestemottaker, og at det skal legges stor vekt på hva tjenestemottaker mener. Både tjenestemottakeren, pårørende og hjelpeverge skal tas med på råd før kommunen treffer vedtak om bruk av tvang og makt. Det anses som sentralt for rettssikkerheten at hjelpeverge og pårørende trekkes inn i vedtaksprosessen, og at de får meldinger om bruk av tvang i enkelttilfeller. Dersom verge eller hjelpeverge ikke allerede er oppnevnt i tilfeller der det er aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt, skal hjelpeverge oppnevnes. Hjelpeverge og pårørende er ikke tillagt noen formell beslutningsrett, men skal ivareta tjenestemottakerens interesser under saksforberedelsen.

Etter § 4A-4 har kommunen plikt å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt og til å gi nødvendig opplæring etter sosialtjenesteloven § 2-3, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter kapittel 4A.

36.2.4 Vilkår for bruk av tvang og makt – i hvilke situasjoner kan tvang og makt brukes?

Sosialtjenesteloven § 4A-5 regulerer vilkårene for bruk av tvang og makt. Alle vilkårene i denne bestemmelsen må være oppfylt. Hovedregelen etter første ledd er at alle andre løsninger må være vurdert og prøvd ut før tiltak etter kapittel 4A settes i verk. Dette betyr at tiltak for å hindre eller begrense vesentlig skade alltid skal forsøkes løst ved frivillighet og samarbeid med tjenestemottakeren, og at alle tilgjengelige og forsvarlige faglige tilnærminger skal være utnyttet for å unngå bruk av tvang og makt. Hvis kommunen i samarbeid med tjenestemottakeren og vedkommendes representanter ikke finner løsninger slik at den utfordrende atferden dempes eller forsvinner, må kommunen be om bistand fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen og spesialisthelsetjenesten må da gjennomgå alle faktorer som kan ha betydning for den utfordrende atferden, og endre det som er mulig å endre. Kravet om at andre løsninger skal være prøvd først, kan fravikes «i særlige tilfeller», og det skal i så fall gis en begrunnelse.

Etter § 4A-5 andre ledd kan tvang og makt bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. Dette vilkåret gjelder både vedtakets innhold og ved gjennomføring av tiltak. Fag og etikk vil normalt inngå i hverandre, men slik loven er utformet, er etisk forsvarlighet et selvstendig krav. Dette kan innebære at tiltak som etter en faglig vurdering er forsvarlig, ikke uten videre kan anses som etisk forsvarlig. Det må foretas en konkret vurdering av tiltaket i hver enkelt sak. Kravet om etisk forsvarlighet er utdypet gjennom vurderingskriterier i lovteksten:

«I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte tjenestemottaker. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.»

I § 4A-5 tredje ledd er det presisert at tvang og makt kan anvendes i tre situasjoner:

- skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner
- planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner, eller
- tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

Bruk av mekaniske tvangsmidler som hindrer tjenestemottakerens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende er regulert særskilt i § 4A-6. Slike tiltak kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at tjenestemottakeren skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 4A-5 være oppfylt. § 4A-6 har også regler om vilkår som må oppfylles hvis en nødsituasjon gjør det nødvendig å skjerme tjenestemottakeren fra andre personer. I tillegg setter denne paragrafen grenser for bruk av tvang og makt ved opplærings- og treningstiltak.

36.2.5 Kommunens saksbehandling og Fylkesmannens overprøving

Når det gis adgang til bruk av tvang, må det stilles strenge krav til saksbehandlingen. Formålet med saksbehandlingsreglene er å sikre at de øvrige reglene blir fulgt.

Med unntak for skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner går saksbehandlingsprosedyren i hovedtrekk ut på kommunal beslutningsrett med obligatorisk overprøving av Fylkesmannen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunen ved utforming av tiltakene.

Etter § 4A-7 første ledd skal *beslutning* om skadeavvergende tiltak i enkelttilfeller treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten. Kommunen må ta uttrykkelig stilling til hvem som skal ha dette ansvaret. Hvis den som har det daglige ansvaret ikke er til stede, eller det ikke er tid til å vente på at vedkommende skal ta en slik beslutning, må beslutningen tas av tjenesteyteren. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglige ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge eller hjelpeverge og pårørende, eller på den måten Fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 4A-11.

Når det gjelder skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner og tiltak for å dekke grunnleggende behov, skal det treffes *vedtak*. Slike vedtak skal treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten, jf. § 4A-7 andre ledd. Kommunen må peke ut hvem som skal ha dette ansvaret. Vedtak kan gjelde for inntil tolv måneder om gangen, og spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene. Kommunen må sørge for at spesialisthelsetjenesten bringes inn i saken og får de opplysningene den trenger for å bistå på en forsvarlig måte.

I § 4A-7 tredje ledd bokstavene a til i er det gitt detaljerte regler om hva vedtaket skal inneholde. Grunnen til dette er særlig at vedtaket skal gi

grunnlag for de berørte partene til å avgi uttalelse og grunnlag for Fylkesmannen til å overprøve vedtaket. Hvor utfyllende dokumentasjonen må være, vil avhenge av hvor alvorlig saken er.

Alle vedtak om bruk av tvang etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c skal overprøves av Fylkesmannen. Overprøvingen er ikke avhengig av formell klage fra vedkommende selv eller andre klageberettigede. Fylkesmannen har ved overprøvingen full kompetanse og skal prøve alle sider av saken, jf. § 4A-8 første ledd. Overprøvingen kan resultere i godkjenning, nektet godkjenning, avvisning eller omgjøring. Kommunens vedtak kan ikke iverksettes før Fylkesmannen har godkjent det. Hvis noen av de private partene klager på et vedtak Fylkesmannen har godkjent, kan heller ikke godkjenningsvedtaket iverksettes før fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har behandlet saken, jf. § 4A-7 fjerde ledd.

36.2.6 Krav til gjennomføring og evaluering

Etter sosialtjenesteloven § 4A-9 første ledd skal spesialisthelsetjenesten bistå ved gjennomføring av skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner og tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov. Spesialisthelsetjenestens ansvar og rolle gjennomgås nærmere i punkt 36.2.8. Tjenestemottakeren har rett til kvalifisert personale ved gjennomføring av disse tiltakene, og det skal være to tjenesteytere til stede hvis ikke dette er til ugunst for tjenestemottakeren, jf. § 4A-9 andre ledd. I § 4A-9 tredje ledd er det stilt nærmere krav til personalets utdanning, men Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet. Utdanningskravet gjelder bare for den ene av de to tjenesteyterne som skal delta i gjennomføringen av tiltakene. Tiltaket skal vurderes kontinuerlig og avbrytes straks hvis vilkårene for tiltaket ikke lenger er til stede, eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvensene eller å ha uforutsette, negative virkninger, jf. § 4A-9 fjerde ledd.

Av § 4A-10 fremgår det at reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder så langt de passer. Det er vurdert som nødvendig at det opprettes et eget journalsystem for tiltak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A. Dette innebærer at det må opprettes egen journal for den enkelte tjenestemottaker som faller innenfor dette regelverket, og at opplysninger om tiltak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A ikke skal føres inn i samme journal som eventuelt er opprettet om kommunale helsetjenester til vedkommende. For helsepersonell som yter pleie

og omsorg i hjemmesykepleie eller under opphold i sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie, der sosialtjenesteloven kapittel 4A kan komme til anvendelse etter kommunehelsetjenesteloven § 6-10, gjelder helsepersonelloven kapittel 8 og pasientjournalforskriften fullt ut. Opplysninger om tiltak etter kapittel 4A skal da føres inn i pasientens helsejournal, på lik linje med helseopplysninger om tjenestemottakeren.

36.2.7 Klage og overprøving i tingretten

Klageadgangen er regulert i sosialtjenesteloven § 4A-11. Av første ledd fremgår det at beslutning om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner kan påklages til Fylkesmannen, og at Fylkesmannen kan prøve alle sider av saken. Både tjenestemottakeren selv, verge/hjelpeverge og pårørende har klageadgang. Siden det her gjelder en etterfølgende klage, kan klagebehandlingen ikke få betydning for utførte skadeavvergende tiltak, men Fylkesmannens avgjørelse vil være retningsgivende for fremtidig praksis. Fylkesmannens avgjørelse er endelig.

Kommunale vedtak som er overprøvd av Fylkesmannen, kan påklages til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, jf. § 4A-11 andre ledd. Også i disse sakene gjelder klageadgangen for tjenestemottakeren, verge/hjelpeverge og pårørende, og fylkesnemnda kan prøve alle sider av saken. Det er opprettet et eget landsdekkende utvalg av sakkyndige for saker som etter sosialtjenesteloven kapittel 4A skal behandles av fylkesnemnda. Barnevernloven kapittel 7 har særlige saksbehandlingsregler som gjelder for fylkesnemnda. De fleste av disse reglene er gitt tilsvarende anvendelse for behandling av klage i saker etter sosialtjenesteloven kapittel 4A, jf. § 4A-11 tredje ledd. Fylkesmannen skal etter § 4A-11 fjerde ledd forberede klagesaken etter reglene i forvaltningsloven § 33 første til fjerde ledd.

Vedtak i klagesak etter § 4A-11 kan bringes inn for tingretten, men søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda har nektet å godkjenne kommunens vedtak. Dette fremgår av § 4A-12, der det også er gitt nærmere regler om hvem som kan reise sak, frist m.m.

36.2.8 Spesialisthelsetjenestens ansvar og rolle

Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A gjelder også for spesialisthelsetjenesten når den deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 4A-7. Dette fremgår av § 4A-13. Denne bestemmelsen gir spe-

sialisthelsetjenesten kompetanse til selv å fatte vedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å bistå kommunen både ved utforming og gjennomføring av skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner og ved utforming og gjennomføring av tiltak for å dekke grunnleggende behov, jf. §§ 4A-7 andre ledd og 4A-9 første ledd. Det vil først og fremst være aktuelt med vedtak fra spesialisthelsetjenesten når det ikke foreligger et kommunalt vedtak, eller når det er behov for tiltak som ikke omfattes av det kommunale vedtaket. Dette gjelder også ved lengre opphold i døgninstitusjon under spesialisthelsetjenestens ansvar. Det kan imidlertid ikke fattes vedtak om bruk av tvang og makt etter kapittel 4A for å gi tjenestemottakeren behandling for psykiske eller somatiske lidelser.

Vilkårene for bruk av tvang er de samme for spesialisthelsetjenesten som for kommunen. Saksbehandlingsreglene i kapittel 4 A gjelder «så langt de passer». Dette betyr at det må gjøres tilpasninger som følge av at spesialisthelsetjenesten er vedtaksinstans og ikke kommunen. Spesialisthelsetjenesten må forholde seg til tjenestemottakeren, verge/hjelpeverge, pårørende og Fylkesmannen på samme måte som kommunen. Lovteksten avklarer ikke hvem i spesialisthelsetjenesten som har kompetanse til å treffe vedtak etter kapittel 4A, slik det er gjort for kommunene. Det er imidlertid lagt til grunn at det er de regionale helseforetakene som, i avtale eller gjennom instruksjonsmyndighet, må plassere vedtakskompetansen, og at kompetansen må plasseres etter de samme prinsippene som gjelder for kommunene.

I § 4A-13 tredje ledd er det presisert at regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenestene har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i kapittel 4A.

36.3 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

I NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* påpekte Berntutvalget at det kan være «spørsmål om ikke alle regler om bruk av tvang og makt i sosial- og helsetjenestene burde samles i en felles lov». I utvalgets lovutkast ble sosialtjenesteloven kapittel 4 A foreslått videreført med enkelte mindre språklige endringer. Sosialtjenesteloven § 4A-10 om dokumentasjonsplikt og journal ble ikke foreslått videreført som følge av utvalgets for-

slag om generelle regler om dokumentasjonsplikt for alle kommunale tjenester etter loven.

36.4 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A i hovedsak inntil videre skulle videreføres uendret i helse- og omsorgstjenesteloven. Det ble foreslått enkelte mindre tilpasninger og vist til at det er et mål på lengre sikt å oppnå samordning av de forskjellige tvangsreglene.

36.5 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene støtter at det er et mål å oppnå samordning av de forskjellige reglene om bruk av tvang. Det er ulike oppfatninger av hvilken lov som bør regulere dette.

Et stort flertall av *kommunene* uttaler:

«Reglene for tvang overfor personer med kognitiv svikt (f.eks demente) må tas inn i ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester på lik linje med psykisk utviklingshemmede og rusmisbrukere. Bakgrunnen for dette er at saksbehandlingsreglene, fylkesmannens rolle og gjennomføring for alle disse tre gruppene har mange likhetstrekk.»

Et mindretall av kommunene uttaler:

«Bestemmelsene om bruk av tvang og makt i lovforslagets kapittel 9, bør samordnes med kapittel 4 A om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv, i Pasientrettighetsloven.»

Flere av Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har gitt uttrykk for at tvangskapitlene bør samles i pasientrettighetsloven. *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nordland* uttaler:

«(...) Etter vår vurdering hører imidlertid to store kapitler om tvang ikke hjemme i ny helse- og omsorgslov. Pasientrettighetsloven har allerede et tvangskapittel, kap. 4 A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Vi foreslår at man i denne omgang i hvert fall samler alle tvangskapitlene i samme lov, dvs. i det som blir pasient- og brukerrettighetsloven. Ved å velge en slik

løsning vil man unngå å få to kapitler i den nye loven som bryter med lovens øvrige struktur, og som senere eventuelt vil oppheves.»

Fylkesmannen i Finnmark uttaler:

«Fylkesmannen i Finnmark synes det er synd at tidspresset rundt lovprosessen ikke har gitt rom for en grundig gjennomgang av disse kapitlene. De er nærmest «flyttet på rot» over fra nåværende sosialtjenestelov. Man har høstet erfaringer med disse bestemmelsenes styrker og svakheter gjennom en del år, og den nye loven ville vært en fin anledning til å revidere dem. Når så ikke har vært mulig, ser vi for oss at en revisjon må komme i løpet av de nærmeste årene. (...). Ved en revisjon bør man vurdere hensiktsmessigheten av å ha så detaljerte bestemmelser på noen tjenesteområder i en såpass overordnet lov, eller om alle tvangsbestemmelsene bør overføres til en pasient- og brukerrettighetslov eller en egen lov om tvungen helsehjelp og omsorg, med egne forskrifter for hver målgruppe.»

Norsk psykiatrisk forening (Npf) uttaler:

«Npf mener det er bra og hensiktsmessig å samle alt lovverk om anvendelse av tvang i helse- og sosialsektoren som del av pasientrettighetsloven. Det bør også for mennesker med psykiske lidelser betegnes som en rettighet å få adekvat helsehjelp (undersøkelse, behandling og omsorg) når man selv ikke forstår at man er syk, ikke forstår at virksom behandling finnes eller ikke forstår konsekvensene av å motsette seg helsehjelpen. Men det krever grundig arbeid å få med alle sider av kontroll og regulering av tvangstiltak i de ulike situasjoner. Det er derfor rimelig at dette utsettes, men Npf ønsker at dette prioriteres.»

Mange høringsinstanser peker på at forslaget til ny lov § 9-2 om virkeområde bør endres, slik at det blir samsvar med denne bestemmelsen og de tjenestene som listes opp i § 3-2. *Statens helsetilsyn* uttaler:

«Statens helsetilsyn anbefaler at virkeområdet i § 9-2 samstemmes med § 3-2 nr. 6. Statens helsetilsyn ser at en slik regulering av virkeområde vil kunne medføre en utvidelse da hjemmetjenester også omhandler hjemmesykepleie utover pleie og omsorg. Statens helsetilsyn anbefaler at virkeområdet tolkes innskrenket.»

kende, slik at andre helsetjenester enn pleie- og omsorgstjenester ikke omfattes, og at dette presiseres i merknadene til § 9-2.»

36.6 Departementets vurderinger og forslag

Det kan diskuteres om det er hensiktsmessig å samle reglene om bruk av tvang i sosial- og helse-tjenesten i en felles tvangslov, slik Berntutvalget foreslo. I tillegg til reglene i kapittel 4A har sosialtjenesteloven særlige regler i kapittel 6 om bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige, jf. kapittel 37. Reglene er meget detaljerte og rettet inn mot de spesifikke gruppene som tvangen kan utøves overfor. Videre har pasientrettighetsloven kapittel 4A regler om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Pasientrettighetsloven kapittel 4A gjelder i utgangspunktet all helsehjelp, men undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke kan bare skje med hjemmel i lov om psykisk helsevern. Reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4A er mindre detaljerte, og kapitlet har ikke like strenge vilkår og saksbehandlingsregler som sosialtjenesteloven kapittel 4A.

Uavhengig av spørsmål om reglene om tvang i helse- og omsorgstjenesten bør samles i en felles lov, bør reglene bli mer samordnet enn de er i dag. Departementets oppfatning er fortsatt at målet på lengre sikt er å oppnå en samordning av de forskjellige tvangsreglene.

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har Uni Rokkansenteret utarbeidet rapporten «*Tvang overfor rusmiddelavhengige, evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*» (juni 2010). Denne evalueringsrapporten er omtalt nærmere i kapittel 37.

28. mai 2010 ble det oppnevnt et utvalg som skal vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis innen psykisk helsevern. Forholdet mellom psykisk helsevernloven, samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven og menneskerettighetene vil stå sentralt. I tillegg

skal reglene om helsehjelp uten samtykke i pasientrettighetsloven kapittel 4A evalueres.

Departementet fastholder vurderingen av at reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A i hovedsak inntil videre bør beholdes uendret. Departementet har merket seg at det er ulike oppfatninger blant høringsinstansene om hvilken lov som bør regulere bruk av tvang overfor forskjellige grupper, men fastholder at reglene som gjelder personer med psykisk utviklingshemning inntil videre bør plasseres i helse- og omsorgstjenesteloven.

Departementet foreslår enkelte mindre tilpasninger. Disse går ut på at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b skal legges til grunn i stedet for å ha særregler om hvem som skal anses som pårørende i den nye loven. I tillegg foreslås det at begrepene «spesialisthelsetjenestene» og «de spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for» erstattes med «spesialisthelsetjenesten», og at tjenestemottaker erstattes med bruker eller pasient.

Departementet er enig med høringsinstansene i at reglene om virkeområde i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 bør være samordnet med reguleringen av tjenester i § 3-2. Forslaget til regulering av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester i § 3-2 er endret i forhold til forslaget i høringsnotatet. Som følge av dette foreslår departementet at det i § 9-2 vises til § 3-2 nr. 6 bokstavene a til d, som omfatter helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og støttekontakt, plass i institusjon og avlastningstiltak. Virkeområdet når det gjelder helsetjenester i hjemmet (§ 3-2 nr. 6 bokstav a), må i forhold til kapittel 9 tolkes innskrenkende, slik at kapittel 9 bare gjelder pleie og omsorg i hjemmesykepleie, slik som i dag, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-10. Departementets forslag går ut på at gjeldende rett skal videreføres, med enkelte mindre tilpasninger. Hvis ikke henvisningen til § 3-2 nr. 6 bokstav a tolkes innskrenkende, vil henvisningen innebære at virkeområdet for kapittel 9 utvides i forhold til dagens virkeområde.

37 Særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige, herunder bruk av tvang

37.1 Innledning

I kapittel 36 fremgår det at det er et mål på lengre sikt å oppnå en samordning av ulike regler om tvang som gjelder i helse- og omsorgstjenesten. Departementet har imidlertid ikke hatt kapasitet til å utrede dette nærmere i denne proposisjonen. Forslagene om regulering av tvang innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett på området. I tillegg til reglene om bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning, gjelder dette reglene om bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige. Det må imidlertid gjøres noen mindre tilpasninger for at reglene kan videreføres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige er i dag regulert i sosialtjenesteloven kapittel 6. Hjelpetiltak er regulert i § 6-1, mens de andre paragrafene i kapittel 6 regulerer bruk av tvang; vilkår for innleggelse og tilbakehold i institusjon, saksbehandling, overprøving m.m. Det er gitt en nærmere omtale av hjelpetiltak overfor rusmiddelavhengige i punkt 15.5.8. Siktemålet med reglene om hjelpetiltak i § 6-1 er særlig å understreke behovet for at frivillige tiltak settes inn. Nedenfor blir det først redegjort for gjeldende rett og forslag i NOU 2004:18. Deretter blir det redegjort for enkelte funn i en evalueringsrapport, forslag i høringsnotatet, høringsinstansenes syn og departementets vurdering og forslag.

37.2 Gjeldende rett

37.2.1 Plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende

Etter sosialtjenesteloven § 6-1a første ledd skal sosialtjenesten ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk foreta nødvendige undersøkelser i saken og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 6-2 eller 6-2a. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om

dette. Andre ledd i § 6-1a gir en definisjon av hvem som skal anses som en persons pårørende.

37.2.2 Inntak og tilbakehold i institusjon uten samtykke

Sosialtjenesteloven § 6-2 regulerer tvangsinntak og tilbakehold i institusjon uten samtykke. Av forarbeidene til loven (Ot.prp. nr. 29, 1990-91) fremgår det at denne bestemmelsen først og fremst omfatter de rusmiddelavhengige som – på det tidspunktet det er aktuelt med et behandlingsopplegg – er så «nedkjørte» at de vanskelig kan ta standpunkt til et behandlingsopplegg. Utgangspunktet er frivillig behandling. Loven forutsetter derfor at adgangen til å plassere en rusmiddelavhengig i institusjon med tvang bare gjelder i de tilfellene vedkommende har fått tilbud om opphold i institusjon og har avslått tilbudet eller ikke er i stand til å ta stilling til det. Hvis det blir truffet et tvangsvedtak med hjemmel i denne bestemmelsen, betyr det at den rusmiddelavhengige kan bringes til institusjonen, eventuelt med bistand fra politiet, og at vedkommende kan hentes tilbake hvis han eller hun forlater institusjonen.

Tvang etter sosialtjenesteloven § 6-2 gjelder inntak i og tilbakehold i «institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd». Etter sistnevnte bestemmelse skal de regionale helseforetakene peke ut hvilke institusjoner i det enkelte helseforetaket som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. De regionale helseforetakene har det faglige, organisatoriske og økonomiske sørgeforansvaret, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd.

Sosialtjenesteloven § 6-2 gir ikke hjemmel for tvangsbehandlingstiltak, for eksempel tvangsmedisinering. Tvangen består i at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i institusjonen mot sin vilje i opptil tre måneder. Følgende vilkår må være oppfylt:

- den rusmiddelavhengige må ved sitt misbruk «utsette sin fysiske eller psykiske helse for fare»
- misbruket må være «omfattende og vedvarende»
- hjelpetiltak etter § 6-1 er ikke tilstrekkelig
- den rusmiddelavhengige må tas inn i institusjon for «undersøkelse og tilrettelegging av behandling».

Samtlige av vilkårene i § 6-2 må være oppfylt, og bestemmelsen gir bare en mulighet til å bruke tvang. Spørsmålet om bestemmelsen bør brukes, vil avhenge av de konkrete omstendighetene. I tillegg må saksbehandlingsreglene være oppfylt for at et vedtak om bruk av tvang skal være gyldig, jf. nedenfor i punkt 37.2.5. Det er også presisert i § 6-2 at et vedtak etter denne bestemmelsen bare kan settes i verk dersom institusjonen «faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen».

37.2.3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

Etter sosialtjenesteloven § 6-2a kan det vedtas at en gravid rusmiddelavhengig kan holdes tilbake i institusjon utpekt av regionalt helseforetak. Dette kan gjelde i hele svangerskapet. Følgende vilkår må være tilfredsstillende:

- misbruket må være av en slik art at det er «overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade»
- hjelpetiltak etter § 6-1 er ikke tilstrekkelig.

I § 6-2a andre ledd er det presisert at inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade, og at det under oppholdet skal legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet. I tredje ledd er det bestemt at sosialtjenesten, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned skal vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse, og at tilbakeholdelsen bare kan fortsette dersom sosialtjenesten treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

37.2.4 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke

Sosialtjenesteloven § 6-3 er hovedregelen for bruk av tvang ved behandling av rusmiddelavhengige. Bestemmelsen tar utgangspunkt i at den rusmid-

delavhengige selv ønsker opphold i institusjon for å få behandling for sitt rusproblem. Behandling eller opplæring som er planlagt å vare over en tid, kan imidlertid være preget av faser der den rusmiddelavhengiges motivering for å fullføre behandlingen er lav. Hvis det oppstår kriser i behandlingsforløpet og vedkommende ønsker å avbryte behandlingen, gir § 6-3 mulighet for å holde vedkommende tilbake i institusjonen i en periode på opptil tre uker regnet fra inntaket. Institusjonen skal i likhet med det som gjelder etter § 6-2, være utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a andre ledd.

Tilbakehold i institusjon etter sosialtjenesteloven § 6-3 kan bare skje etter samtykke fra den rusmiddelavhengige. Når en rusmiddelavhengig får plass i en institusjon, kan institusjonen sette som vilkår for inntaket at vedkommende samtykker i å bli holdt tilbake i institusjonen. For at et slikt samtykke skal være gyldig, må det tilfredsstillende følgende krav:

- samtykket må være skriftlig
- før samtykket gis må den rusmiddelavhengige informeres om hva samtykket innebærer og gjøres kjent med hvor lenge han eller hun kan holdes tilbake
- samtykket må være gitt til institusjonsledelsen senest når oppholdet i institusjonen starter.

Ved opphold i institusjon med sikte på behandling eller opplæring i tre måneder eller mer, kan det også settes som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake, jf. § 6-3 andre ledd. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold.

Sosialtjenesteloven § 6-3 siste ledd har en særregel om samtykke fra barn og unge under 18 år. Barn over 12 år, men under 16, kan bare holdes tilbake i institusjon når både barnet og de som har foreldreansvaret, samtykker i at dette kan skje. Er den rusmiddelavhengige over 16 år, er det tilstrekkelig med samtykke fra vedkommende selv.

37.2.5 Saksbehandlingsregler og overprøvingsadgang

Sosialtjenesten må utarbeide forslag til tvangstiltak, jf. sosialtjenesteloven § 6-5. Kompetansen til å fatte vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a er lagt til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Nærmere saksbehandlingsregler for fylkesnemnda er gitt i barnevernloven kapittel 7, og i sosialtjenesteloven § 6-4 er det presisert hvilke bestemmelser i dette kapitlet som skal gjelde til-

svarende for saker etter §§ 6-2 og 6-2a. Forhandlingsmøte for disse sakene skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken.

Det fremgår av sosialtjenesteloven § 6-2 at et vedtak etter denne bestemmelsen bare kan settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket. I tillegg fremgår det både av § 6-2 og § 6-2a at sosialtjenesten kan la være å sette i verk et vedtak hvis forholdene tilsier det. Dersom vedtaket ikke er satt i verk innen seks uker, faller det automatisk bort. Den rusmiddelavhengige kan da ikke plasseres i institusjon med hjemmel i dette vedtaket.

Sosialtjenesten har i spesielle tilfeller hjemmel for å treffe midlertidig vedtak, jf. § 6-2 fjerde ledd og § 6-2a femte ledd. Slike vedtak blir i praksis ofte kalt hastevedtak. Vilkårene for å treffe slike vedtak er for det første at de alminnelige vilkårene for bruk av tvang etter § 6-2 og § 6-2a er oppfylt. I tillegg er det et vilkår at de interessene disse bestemmelsene skal ivareta, «kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres raskt». Er det truffet et midlertidig vedtak, må sosialtjenesten innen to uker sende forslag om tiltak til fylkesnemnda, og fylkesnemnda må behandle saken på vanlig måte og treffe et endelig vedtak. Hvis saken ikke er sendt fylkesnemnda innen fristen, faller det midlertidige vedtaket bort.

Fylkesnemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36 av den private parten eller av kommunen, jf. sosialtjenesteloven § 6-6. Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dagen den som har rett til å reise sak, fikk melding om vedtaket, men det kan gis oppfriskning etter tvisteloven mot oversittelse av fristen.

37.3 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget foreslo i NOU 2004: 18 at reglene i sosialtjenesteloven kapittel 6 skulle videreføres, med unntak av reglene i § 6-1 om frivillige hjelpetiltak. Utvalget mente at denne bestemmelsen er overflødig ved siden av de generelle bestemmelsene om hjelpetiltak.

37.4 Evalueringsrapport

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har Uni Rokkansenteret utarbeidet en rapport om evaluering av reglene om tvang i sosialtjenesteloven kapittel 6; «*Tvang overfor rusmiddelavhengige, evaluering av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*» (juni 2010). Utgangspunktet for oppdraget var å få dokumentert og belyst erfaringer med og praktiseringen av disse reglene; finne ut hvordan de blir forstått, hvordan de blir praktisert, om formålet med reglene blir oppnådd, og om dette varierer mellom kommuner og helseregioner. I sammendraget av rapporten fremgår blant annet følgende:

«Et hovedfunn fra evalueringen er at det eksisterer betydelige variasjoner i rettsanvendelsen mellom ulike kommuner, Nav-/sosialkontor og sosialarbeidere. Disse variasjonene kan kun til en viss grad forklares ved at noen kommuner og bydeler har en større andel rusmiddelmissbrukere enn andre. Viktigere forklaringer på variasjonen ser ut til å være spesialisering av tvangsarbeidet ved noen kontor, ulike holdninger og kunnskap hos den enkelte sosialarbeider, tilgang på tvangsplasser i regionene, samt sosialarbeidernes vurdering av kvaliteten på disse plassene. (...)

Evalueringen viser en vedvarende høy forekomst av midlertidige vedtak. (...) Det er problematisk at lovens hovedregel praktiseres som et unntak. (...)

Evalueringen viser at tilretteleggingen av tvangstilbudet i de ulike regionene er administrert og organisert forskjellig. (...) En entydig oppfatning i spesialisthelsetjenesten er at det foreligger betydelige svakheter ved tilbudet til dobbeltdiagnosepasientene, og at samarbeidet mellom rus og psykiatri ikke er godt nok utviklet i noen av regionene. (...)

Undersøkelsen av de fire institusjonene som tilbyr tvangsplasser viser at samarbeidet mellom institusjon og sosialtjeneste i forkant av tvangsinnleggelse er svært viktig, men at dette ikke alltid fungerer godt. (...) Variasjonene mellom institusjonene er også store. (...)

Et hovedfunn er at måten tvangsinnleggelsen gjennomføres på og hvordan klientene blir behandlet i de ulike delene av tvangsprosessen, har stor betydning for opplevelsen og resultatene av tvang. Tvang kan bidra til en rekke konstruktive brudd i de rusmiddelavhengiges liv. For mange av klientene fører imidlertid tvangen til lite/ingen endring og

representerer først og fremst destruktive brudd. (...) Det er et stort problem med dagens ordning at de tvangsinnlagte i så liten grad tilbys et strukturert ettervernstilbud. Strukturert ettervern bedrer resultatene av tvang. Velfungerende ansvarsgrupper og bruk av individuell plan gir gode resultater.»

Rapporten inneholder et eget kapittel som behandler spørsmålet om det er behov for regelendringer. Her fremgår det innledningsvis at de ulike delene av evalueringen har vist at det på enkelte punkter kan være behov for en revisjon av reglene. Det er imidlertid presisert at «det store spørsmålet – om sosialtjenesteloven fremdeles skal ha regler for tvangsinnleggelse» ikke tas opp, og at premisset for gjennomgangen derfor er at dagens materielle regelverk i hovedsak består.

37.5 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at gjeldende regler i sosialtjenesteloven kapittel 6 i hovedsak skulle videreføres uendret. Det ble vist til at det er et mål på sikt å oppnå en samordning av de ulike reglene om bruk av tvang som gjelder i helse- og omsorgstjenesten. Sosialtjenesteloven § 6-1 ble ikke foreslått videreført.

37.6 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene støtter at det er et mål å oppnå samordning av de forskjellige reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Det er ulike oppfatninger av hvilken lov som bør regulere dette. Departementet viser til punkt 36.5, der forskjellige uttalelser om dette er gjengitt.

Norsk psykiatrisk forening uttaler:

«Npf mener at psykisk helsetjeneste og rustjeneste er ett av de viktigste områdene for kommunene i årene fremover. (...)

Npf mener det er bra og hensiktsmessig å samle alt lovverk om anvendelse av tvang i helse- og sosialsektoren som del av pasientrettighetsloven. (...) Men det krever grundig arbeid å få med alle sider av kontroll og regulering av tvangstiltak i de ulike situasjoner. Det er derfor rimelig at dette utsettes, men Npf ønsker at dette prioriteres.

Npf mener det bør utredes nærmere om anvendelsen av tvang overfor rusmisbrukere

bør utvides, og ikke bare gjelde de som er helt nedkjørt og ikke er i stand til å ta stilling til behandling. Prinsippet om tidlig intervensjon gjelder også her. Det at så mange unge år forsvinner mens en «venter» på at rusmisbrukeren selv skal ønske hjelp, er en stor utfordring å finne en god tilnærming til, og hvor bruk av tvang muligens på sikt er et mindre overgrep enn å la folk forkomme og ødelegge livene sine. Bruk av manglende innsikt i egen helse og behandling som kriterie for en felles lov om tvang vil muligens kunne føre til nye muligheter for et verdig liv for rusmisbrukere.»

Fredrikstad kommune uttaler:

«Tvang som ledd i behandling er et svært alvorlig virkemiddel og forutsetter avanserte faglige spesialistvurderinger, som igjen forutsetter omfattende spesialiserte behandlingsforløp. Tvangsbestemmelsene bør i sin helhet overføres som ansvarsområde til spesialisthelsetjenesten.»

Fylkesmannen i Finnmark uttaler:

«§ 6-1 i dagens sosialtjenestelov om frivillige tiltak overfor rusmisbruker er ikke tatt med over i den nye loven, og forutsettes ivaretatt av bestemmelsene i kapittel 3. Dette betinger imidlertid at tiltakene i kapittel 3 tilrettelegges for rusavhengige, på en slik måte at de blir reelt tilgjengelige for dem (...).»

Flere av høringsinstansene viser til endringer som bør foretas allerede nå i påvente av en mer grundig gjennomgang av tvangsbestemmelsene. *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nordland* uttaler:

«Begrepet rusmiddelmissbruker er i den senere tid blitt erstattet med rusmiddelavhengig. Det bør også gjenspeiles i nytt regelverk som dette.»

37.7 Departementets vurderinger og forslag

Departementet opprettholder vurderingen av at det er et mål på sikt å oppnå en samordning av de ulike reglene om bruk av tvang som gjelder i helse- og omsorgstjenesten. Også evalueringen av tvangsreglene i sosialtjenesteloven kapittel 6 viser at det er behov for endringer i regelverket, men departementet har ikke hatt kapasitet til å utrede

dette nærmere i denne proposisjonen. Som nevnt i kapittel 36, er det nedsatt et eget utvalg som skal vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler om tvang i psykisk helsevern. I tillegg skal reglene om helsehjelp uten samtykke i pasientrettighetsloven kapittel 4A evalueres.

På denne bakgrunn foreslår departementet at gjeldende regler i sosialtjenesteloven kapittel 6 i hovedsak videreføres uendret, og at reglene inntil videre plasseres i helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet fastholder vurderingen av at sosialtjenesteloven § 6-1 ikke bør videreføres. Som nevnt innledningsvis, er siktemålet med § 6-1 særlig å understreke behovet for at frivillige hjelpetiltak settes inn. Sosialtjenesteloven § 6-1 har særlige regler om at kommunen skal sørge for tjenester til mennesker med rusrelaterte problemer, men bestemmelsen gir i seg selv ikke rett til tjenester. Det foreslås ikke en særskilt lovfesting av

dette, idet denne type tjenester vil falle inn under reguleringen av helse- og omsorgstjenester i lovforslaget § 3-2, jf. også § 3-1 andre ledd. Forslaget innebærer en tydeliggjøring av gjeldende rett, idet helsetjenester uttrykkelig omfattes. For øvrig vises til punkt 15.5.8 og punkt 29.11, der kommunalt rusarbeid og rusmiddelavhengiges rettigheter er nærmere omtalt.

Departementet foreslår enkelte mindre tilpasninger. Disse går ut på at «sosialtjenesten» som pliktsubjekt erstattes med «kommunen». I tillegg foreslås det at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b skal legges til grunn i stedet for å ha særregler om dette i den nye loven. Dessuten foreslås det at begrepet «klienten» erstattes med «pasienten eller brukeren», og at «rusmiddelmissbruker» erstattes med «rusmiddelavhengig».

Del VIII
Økonomiske virkemidler og finansiering

38 Finansiering og egenbetaling

38.1 Innledning

De kommunale helse- og sosialtjenestene finansieres i dag hovedsaklig av kommunens frie inntekter, men også av øremerkede tilskudd, trygderefusjoner og brukerbetaling. De frie inntektene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene. Det overordnede formålet med inntektssystemet er å utjevne kommunenes forutsetninger for å gi et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere.

38.2 Gjeldende rett

38.2.1 Kommunens ansvar for utgifter til helse- og sosialtjenesten

Kommunehelsetjenesteloven har regler om finansiering av helsetjenester i kapittel 5. Kommunen skal dekke utgiftene for den helsetjenesten den har ansvaret for etter loven § 5-1. Det vil si at kommunen skal dekke utgifter til både den helsetjenesten som kommunen selv yter med egne ansatte og den helsetjenesten som private yter etter avtale med kommunen. Kommunen skal ikke dekke utgifter til andre virksomheters bedriftshelsetjeneste.

Det følger av § 2-3 første ledd at egenbetaling for helsetjenester skal betales av mottakeren av tjenesten, dersom dette følger av lov eller forskrift. For lege-, fysioterapi- og jordmortjenester kan kommunen kreve egenbetaling. Folketrygden dekker imidlertid en betydelig del av denne egenbetalingen ved å refundere pasienters utlegg eller ved direkte overføringer til behandleren, jf. folketrygdloven kapitler 5 og 22.

I § 2-3 andre ledd fremgår det at kommunen kan kreve vederlag av pasienten for opphold i sykehjem og boform med heldøgns pleie. Ved forskrift er det gitt nærmere bestemmelser om beregningen av dette vederlaget. Med hjemmel i § 2-3 femte ledd, er det gitt forskrifter om egenbetaling.

Kommunens økonomiske ansvar for sosialtjenesten er hjemlet i sosialtjenesteloven § 11-1. Den enkelte kommune skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte de tjenester og sette i

verk de tiltak som kommunen har ansvaret for etter loven.

I sosialtjenesteloven kapittel 11 reguleres finansiering og egenbetaling. Loven § 11-2 første ledd bestemmer at kommunen kan pålegge den som mottar tjenester å dekke kostnadene helt eller delvis. Det følger likevel av tredje ledd at slik egenbetaling kun kan kreves innenfor rammen av vedkommendes inntekter og slik at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger. I andre ledd fremgår det at Kongen kan gi nærmere forskrift om slik egenbetaling.

38.2.2 Finansiering av, og egenbetaling for, pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Adgangen til å kreve betaling for tjenester utenfor institusjon er regulert i kapittel 8 i forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til sosialtjenesteloven. Det følger av forskriften § 8-1 at kommunen kan kreve vederlag for de sosiale tjenester som kommunen er lovpålagt å yte, dersom ikke annet følger av lov eller forskrift. I § 8-2 reguleres hvilke tjenester kommunen ikke kan kreve vederlag for:

- hjemmesykepleie etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3
- praktisk bistand og opplæring etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a til personlig stell og egenomsorg
- avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav b
- støttekontakt som tildeles personer eller familier som nevnt i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav c
- omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav e.

Tjenestene det kan kreves egenbetaling for, er typiske hjemmehjelpstjenester, som for eksempel rengjøring, klesvask, matlaging og annet praktisk arbeid i forbindelse med husholdningen. I forskriften § 8-4 andre ledd er det gitt skjermings-

regler for slike tjenester ved at husstander med en samlet skattbar nettoinntekt før særfradrag under 2 G ikke skal betale mer enn 165 kroner i måneden for disse tjenestene (pr. 1. januar 2011). Folketrygdens grunnbeløp er fra 1. mai 2010 kr 75 641.

For personer med inntekt over 2 G følger det av § 8-3 første ledd at det er kommunen som fastsetter nivået for egenbetaling. Det følger likevel av andre ledd at vederlaget ikke må overstige kommunens egne utgifter til tjenesten (selvkost). Vederlaget kan ikke settes høyere enn at vedkommende kan dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger.

Gjennom folketrygden delfinansierer staten legetjenester og fysioterapitjenester, viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr, samt visse hjelpemidler for brukere utenfor institusjon.

Dette betyr at egenbetalingsordningene innen pleie- og omsorgssektoren utenfor institusjon etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er harmonisert.

38.2.3 Finansiering av, og egenbetaling for, pleie- og omsorgstjenester i institusjon

For tjenestemottakere i institusjon, dekker kommunen utgifter til kost, losji og gjennomføringen av kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunen har ansvar for å dekke utgiftene til legetjenester, legemidler, sykepleiemateriell og visse hjelpemidler for brukere som oppholder seg i institusjon.

Adgangen til å kreve egenbetaling av brukeren er regulert i forskrift 26. april 1995 nr. 392 om vederlag for opphold i institusjon mv., gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 2-3 og sosialtjenesteloven § 11-2. Forskriften omfatter sykehjem og boformer med heldøgns omsorg og pleie og bolig med heldøgns omsorgstjenester (aldershjem).

Forskriften sonderer mellom langtids- og korttidsopphold. Beboere med langtidsopphold betaler for et samlet bo- og tjenestetilbud uten hensyn til omfanget av de tjenester som ytes. Vederlaget skal i følge § 7 omfatte kost, losji, nødvendig tannbehandling, medisiner mv. samt helsetjenester kommunen er pålagt etter kommunehelsetjenesteloven. Vederlaget beregnes ut fra brukerens inntekt. Det følger av § 3 andre ledd at det av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et fribeløp på kr 6600 pr. 1. januar 2011, kan kreves betalt inntil 75 prosent. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 prosent. Betalingen skal begrenses slik at enhver har i behold til eget bruk minst 25 prosent av folketryg-

dens grunnbeløp i tillegg til fordelene av fribeløpet. Vederlaget skal ikke overstige de reelle oppholdsutgifter, jf. forskriften § 3 første ledd. For å gi brukeren og pårørende tid til å tilpasse seg den nye økonomiske situasjonen og de økonomiske forpliktelsene, kan krav om vederlag først gjøres gjeldende etter én måned fra innflyttingsdato, jf. § 6 første ledd.

Det følger av § 4 at kommunen kan ta betaling med inntil kr 129 pr. døgn for korttidsopphold, og med inntil kr 68 for det enkelte dag- eller nattopphold pr. 1. januar 2011. Kommunen har adgang til å ta betaling fra første dag, etter § 6 andre ledd.

Dette betyr at egenbetalingsordningen innenfor pleie- og omsorgssektoren i institusjon etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er harmonisert.

38.2.4 Folketrygdens finansiering av, og egenandeler for, kommunale helsetjenester

Enkelte helsetjenester som omfattes av kommunens lovpålagte ansvar etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3, delfinansieres av folketrygden etter bestemmelsene i folketrygdlovens kapittel 5. Dette gjelder fastlegeordningen, kommunal legevaktordning, fysioterapitjenester og jordmortjenester, jf. folketrygdloven §§ 5-4, 5-8, 5-12 og 5-21. Finansieringen skjer i form av refusjon av pasientens utgifter til undersøkelse eller behandling som normalt går direkte til behandleren, eller som statlige øremerkede tilskudd utenfor rammeoverføringene til kommunene (for eksempel fastlønntilskudd til fysioterapitjenesten). Private tjenesteutøvere må ha fastlegeavtale eller avtale om driftstilskudd med kommunen for å få refusjon fra folketrygden, jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-1 og folketrygdloven §§ 5-4, 5-8 og 5-12.

I forskrifter til folketrygdloven er det detaljert og uttømmende regulert hvilket beløp leger, fysioterapeuter og jordmødre kan kreve av pasienten, herunder hvilke egenandeler som kan kreves for den aktuelle undersøkelsen eller behandlingen. De fleste behandlere har inngått avtaler om direkte oppgjør med Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), og for den delen av beløpet som folketrygden refunderer (honorartakst fratrukket egenandel) overføres pengene direkte fra HELFO til behandleren. Pasienten behøver følgelig ikke å legge ut for senere å få beløpet refundert. Enkelte pasienter er fritatt fra å betale egenandeler hos lege og fysioterapeut, slik at behandleren mottar hele beløpet (honorartakst) fra folketrygden. Blant annet er barn under 16 år, gravide og perso-

ner som lider av allmennfarlige smittsomme sykdommer, fritatt fra å betale egenandeler hos legen. Hos fysioterapeut er barn under 12 år og personer med lidelser på «diagnoselisten» fritatt fra å betale egenandeler. Egenandeler som betales inngår i opptjeningen til frikort, jf. folketrygdloven § 5-3. Stortinget fastsetter i statsbudsjettet det samlede nivået for egenandeler som pasienten skal betale i løpet av et kalenderår (egenandelstak 1 og 2). Dersom pasienten har betalt egenandeler opp til ett av utgiftstakene, er vedkommende fritatt for betaling av egenandeler i resten av kalenderåret og mottar et frikort som bevis på dette. Fra og med 1. juni 2010 har frikort under egenandelstak 1 automatisk blitt utstedt av HELFO når brukeren når taket.

Legehjelp og fysioterapi er kommunale tjenester under takordningene. De fleste av de andre tjenestene ligger til spesialisthelsetjenesten.

Følgende helsetjenester omfattes av egenandelstak 1:

- legehjelp
- psykologhjelp
- viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr
- reiseutgifter, etter spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 4
- radiologisk undersøkelse og behandling
- laboratorieprøver
- helsehjelp som utføres poliklinisk

Følgende helsetjenester omfattes av tak 2:

- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling
- fysioterapi
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt helseforetak
- behandlingsreiser til utlandet (klimareiser)

For 2011 er egenandelstaket kr 1880 for tak 1 og kr 2560 for tak 2.

Med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 2-3 er det gitt forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste. Av § 1 første ledd fremgår det at den som har rett til medisinsk stønad etter lov om folketrygd skal betale vederlag for hjelp mottatt av lege eller fysioterapeut ansatt i kommunenes helsetjeneste. Av andre ledd fremgår det at vederlaget svarer til forskjellen mellom den honorarsats som til enhver tid gjelder mellom staten og Den norske legeförening, respektive Norsk fysioterapiforbund, og folketrygdens refusjonssats. Med andre ord kan leger eller fysioterapeuter ansatt i kom-

munen kreve egenandeler på lik linje med fastleger og fysioterapeuter med driftsavtale. I tillegg kan leger ansatt i kommunen kreve refusjonstakster i medhold av fremforhandlede takster. Egenandeler tilfaller kommunen.

38.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

38.3.1 St. meld nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene

I meldingen blir det påpekt at gjeldende finansieringsordninger er kompliserte og lite samkjørte, og at de har utilsiktede vridningseffekter som kan føre til samfunnsøkonomisk uheldig ressursbruk. Både kommunene og brukerne har insentiv til å tilpasse seg uten hensyn til om det gir en samfunnsmessig god effekt. Det ble uttalt at to parallelle, men svært ulike, systemer for finansiering og brukerbetaling i og utenfor institusjon er problematisk. Systemene er dessuten lite tilpasset tjenesteutviklingen i kommunene de siste årene.

I det videre arbeidet med egenbetalingsordningene ville man legge vekt på at ordningen må:

- gi brukerne større valgfrihet og medvirkning
- være enkel å forstå for brukere og pårørende, og enkel å administrere for kommunene
- sikre at brukerne som tar imot de samme tjenestene, ikke skal måtte betale svært ulike beløp fordi de tar imot tjenestene i ulike boformer
- legge til rette for utvikling og dimensjonering av tjenestene ut fra behovet blant folk og hva som er samfunnsøkonomisk optimale løsninger

Meldingen la til grunn at det var behov for å sende eventuelle forslag om endringer på høring.

38.3.2 Høringsnotat 2004 – Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester

Høringsnotatet diskuterer hvorvidt dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger er tilpasset utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten. I høringsnotatet skisseres mulige alternativer til det todelte systemet. Av hensynet til kompleksiteten i mange av problemstillingene, foreslo ikke departementet en konkret løsning i høringsnotatet. Våren 2005 ble det besluttet ikke å foreslå en likestilling av finansieringen i sykehjem og omsorgsboliger.

38.3.3 NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Etter utvalgets oppfatning er det svært viktig at både lover, forskrifter og finansieringsordninger er mest mulig arenanøytrale, og at kontrollen med tjenestetilbudenes kvalitet rettes mot konkret faglig forsvarlighet for den enkelte tjenestemottaker.

Variasjonen i finansieringsformer medfører at det i enkelte tilfeller kan være tilfeldig om kommunen skal dekke utgiftene innenfor de generelle tilskuddene, eller om de skal dekkes av særlige tilskudd som statlig bostøtte eller refusjoner fra folketrygden. Finansieringsansvaret for tjenestene vil for eksempel variere med boform.

Utvalget uttaler at også regelverket vedrørende egenbetaling kan resultere i at kommunene velger å tilby tjenester ut fra økonomi og ikke ut fra behov. Kommunen og tjenestemottakeren vil som en konsekvens av dette kunne ha motstridende interesser når det gjelder valget mellom for eksempel omsorgsbolig og institusjon, avhengig av hvilken inntekt vedkommende har.

Dette innebærer ifølge utvalget at både kommunen og tjenestemottaker kan gjøre valg og prioriteringer avhengig av hva som er mest lønnsomt, snarere enn hva som er det beste tiltaket for å møte behovet.

38.3.4 St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer

I meldingen uttales det at omsorgstjenestene også i fremtiden skal være forankret i kommunene, med stor nærhet til brukerne og med mulighet til å utforme tjenestetilbudet ut fra lokale forhold. Finansieringsordningen må stimulere til forebyggende tiltak, gi insentiver til å styrke det tette samspillet med familie og pårørende samt se tjenestetilbudet i nær sammenheng med utviklingen av et levende lokalsamfunn. I meldingen vises til at dette best sikres ved at man også i fremtiden i hovedsak baserer seg på rammefinansiering.

Når det gjelder brukerbetaling, viser meldingen til at Sosialdepartementet i 2004 sendte alternative modeller for fremtidig brukerbetaling i pleie- og omsorgstjenester på høring for å innhente berørte parter vurderinger av hvordan likere betaling kan oppnås. Et flertall av kommuner og statlige etater uttalte i høringen at de ønsket endringer i dagens ordninger, samtidig som mange var bekymret for økte administrative oppgaver for kommunen som følge av endringene. På den annen side gikk ansattes og bruker-

nes organisasjoner i hovedsak mot å gjøre endringer.

Meldingen konkluderte med at ulempene ved dagens ordninger ikke forsvarer å gjennomføre en omfattende reform. Det ble lagt særlig vekt på at brukerne ikke skulle komme svekket ut etter en omlegging. Dette tilsa at dagens ordninger inn-til videre burde opprettholdes. Regjeringen varslet imidlertid i meldingen at den ville følge utviklingen i kommunene og løpende vurdere behovet for tiltak.

38.4 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet i all hovedsak å videreføre bestemmelsene om kommunens ansvar for utgifter i dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov i ny helse- og omsorgstjenestelov. Departementet foreslo blant annet å lovfeste at kommunen er ansvarlig for utgifter til de helse- og omsorgstjenester den er forpliktet til å yte. Videre foreslo departementet å videreføre bestemmelsen om at staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter.

Departementet foreslo også å opprettholde dagens forskriftsstruktur for finansiering og egenbetaling etter folketrygdloven. Forslaget innebar at en harmonisert felles forskrift vil erstatte dagens forskrifter som er gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 2-3 og sosialtjenesteloven § 11-2, uten å endre det materielle innholdet.

Det ble foreslått en generell hjemmel for vederlag i loven, kombinert med en egen forskriftshjemmel for nærmere utfylling av regelverket. Videre foreslo departementet å videreføre forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste. Dette for at egenbetalingsreglene skal være like enten man oppsøker en lege eller fysioterapeut ansatt i kommunen eller en som har driftsavtale.

38.5 Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust-Agder gir uttrykk for at forslaget ikke innebærer endring i forhold til gjeldende rett, men at egenbetalingsreglene bør gjennomgås.

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane anser at «(...) egenbetaling for institusjons- og tenesteyting er eit uoversiktleg område både for forvaltar og brukar. Her bør lovgjevar gå igjennom ordningane for å konkretisere og forenkla».

Klæbu kommune gir uttrykk for et positivt syn på «(...) samordning av kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, men savner harmonisering av betaling, slik at egenbetaling ikke blir avhengig av benevnelsen på boform».

Sarpsborg kommune gir uttrykk for at «ny lov om helse- og omsorgstjenester og innføring av samhandlingsreformen vil få store økonomiske konsekvenser for kommunen» og at de økte utgiftene tilføres kommunen gjennom økte rammetilskudd.

Statens råd for likestilling av funksjonshemmede vil «(...) minne om at mange funksjonshemmede har ekstrautgifter i forbindelse med funksjonsnedsettelsen som ikke er kompensert gjennom skattesystemet eller andre bidragsordninger» og at «(...) slike utgifter kan ha stor betydning for den enkeltes disponible inntekt». Videre ser rådet «(...) en fare for at større kommunal frihet og en profesjonsnøytral lov kan bidra til at flere av kommunens oppgaver overflyttes til tjenesteområder det kan kreves egenandeler på».

Bærum kommune anfører at fordi «(...) egenandelene er en viktig finansieringskilde for kommunene bør departementet starte arbeidet med å erstatte dagens egenbetalingsforskrifter med en helhetlig forskrift for egenbetaling for kommunale helse- og omsorgstjenester». *Helsedirektoratet* uttrykker at det er viktig at ulike regler for egenbetaling ikke blir styrende for valg av behandlingsnivå og at det ved utarbeidelse av forskriften bør «(...) tilstrebes at forslaget ikke fører til økte kostnader for pasienten ved valg av innleggelse i kommunal institusjon».

Norsk sykepleierforbund og Hovedorganisasjonen for universitets- og høyskoleutdannende (UNIO) gir begge uttrykk for at det må utarbeides en forskrift som regulerer hvilke tjenester kommunene kan kreve egenbetaling for og hvilke satser som eventuelt kan benyttes. De anfører videre at når det legges opp til å oppheve skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester kan en konsekvens bli at tjenester det i dag ikke kan tas egenbetaling for, for eksempel personlig bistand (helsehjelp), blir gjenstand for egenbeta-

ling. Begge finner det nødvendig å presisere at det er grunnleggende viktig at alle mennesker skal ha lik rett og tilgang på helsetjenester og at pasientene i hjemmesykepleien eller andre tjenester i kommunene derfor fortsatt skal sikres gratis helsehjelp.

38.6 Departementets vurderinger og forslag

Departementet finner det naturlig og hensiktsmessig at kommunene også i fremtiden har det økonomiske ansvaret for de kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet vil derfor opprettholde forslaget fra høringsnotatet om videreføring av kommunens ansvar for utgifter til de helse- og omsorgstjenester den er forpliktet til å yte, se lovforslaget § 11-5.

Forslaget om å videreføre bestemmelsen om at staten yter årlig rammetilskudd opprettholdes også, se forslag til ny lov § 11-5. Forslagene endrer ikke gjeldende rett.

Kommunenes hjemmel til å kreve vederlag av pasient og bruker foreslås regulert i ny lov § 11-2 første ledd. Egenbetalingsordningene kan, som Fylkesmannen i Sogn og Fjordane anfører, fremstå som et noe uoversiktlig område både for forvalter og bruker. Departementet finner det imidlertid ikke naturlig å legge frem nye egenbetalingsordninger i proposisjonen. Forskriftshjemmelen for regulering av vederlag foreslås inntatt i § 11-2 andre ledd. Forslaget innebærer at en harmonisert felles forskrift kun vil erstatte dagens forskrifter som er gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 2-3 og sosialtjenesteloven § 11-2. Egenbetalingsordninger vil eventuelt kunne vurderes i forskriftsarbeidet.

Departementet finner det hensiktsmessig å videreføre forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste. Dette for å sikre at egenbetalingsreglene skal være like uavhengig av om den legen eller fysioterapauten man oppsøker er ansatt i kommunen eller har driftsavtale.

39 Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet

39.1 Innledning

Kommunene skal etter kommunehelsetjenesteloven sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Tilsvarende er hovedregelen etter sosialtjenesteloven at sosialtjenesten skal yte tjenester til alle som oppholder seg i kommunen. For den enkelte kommune innebærer dette at den ikke bare har plikt til å yte hjelp til sine egne innbyggere, men også til pendlere, feriegjester og midlertidig bosatte skoleelever og studenter.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har gjennomgått en betydelig utvikling de siste årene. I tillegg har den generelle velstandsutviklingen medført økt mobilitet i befolkningen og økt fritid for den enkelte. Mange reiser mer og bruker mer tid borte fra hjemmet, samtidig som det stilles økt krav til meningsfull fritid og offentlig bistand utenfor hjemmet. Dette medfører at oppholdsprinsippet får mer vidtrekkende konsekvenser for kommunene. Det blir etter dette et spørsmål om oppholdsprinsippet fortsatt skal legges til grunn innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene og hvordan situasjonen for ferie- og hyttekommuner m.m. bør reguleres.

39.2 Gjeldende rett

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-1 skal landets kommuner sørge for nødvendig helsetjeneste for «alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen». Videre fastslår loven § 2-1 at enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han eller hun «bor eller midlertidig oppholder seg». I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven er det presisert at hjelpeapparatet uhindret skal stå til disposisjon for alle, uavhengig av kommunetilhørighet, jf. Ot. prp. nr. 66 (1981-82). Forarbeidene viser også til et tidligere forslag om adgang til å henvise en søker til bosteds- eller oppholdskommunen hvis det ble søkt helsehjelp i annen kommune. En egen gjestepasientordning for ferie-

gjester, skoleelever, fiskere etc. ble vurdert, men ikke ansett som hensiktsmessig eller nødvendig.

Etter sosialtjenesteloven § 10-1 første ledd skal sosialtjenesten yte tjenester til alle som oppholder seg i kommunen.

I § 10-1 andre ledd er det gjort unntak fra oppholdsprinsippet for de som oppholder seg i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. For disse skal tjenestene ytes av sosialtjenesten i den kommunen som var oppholdskommune forut for inntaket i institusjonen. Etter utskrivning skal de sosiale tjenestene ytes av sosialtjenesten i den kommunen der vedkommende tar opphold. Utgiftene kan imidlertid kreves refundert av oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen.

I forarbeidene til sosialtjenesteloven er det anført at en regel om at oppholdskommunen skal ha ansvaret for å gi hjelp, er den eneste ansvarsregelen som kan avverge at en hjelpesøker blir kasteball mellom kommuner, jf. Ot.prp nr. 29 (1990-91). Det er også vist til at de refusjonsreglene som gjaldt etter sosialomsorgsloven, medførte mye administrativt arbeid og kunne virke tilfeldig. Unntaket for institusjonsopphold ble begrunnet med at det vil føre til en urimelig økonomisk belastning hvis oppholdskommunen skal ha ansvar for personer som oppholder seg i kommunen på grunn av institusjonen. Adgang til å henvise en hjelpesøker til bostedskommunen, som den gangen gjaldt etter sosialomsorgsloven, ble ansett som uheldig og ikke foreslått videreført.

Dette innebærer at kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven i hovedsak følger det samme oppholdsprinsippet. Unntak gjelder opphold i institusjon, der sosialtjenesteloven legger ansvaret på oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen.

I rundskriv I-43/99 har departementet lagt til grunn at sterkt pleietrengende som ønsker å flytte til en annen kommune, i forkant kan søke tilflyttingskommunen om pleie- og omsorgstjenester vedkommende vil ha behov for. Tilflyttingskommunen er forpliktet til å behandle søknaden og fatte vedtak. Søknaden kan ikke avslås med den begrun-

nelse at vedkommende ikke bor eller oppholder seg i kommunen på søknadstidspunktet. Dette rundskrivnet ble sendt ut for å sikre at også sterkt pleietrengende skal ha en reell mulighet til å flytte.

39.3 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Berntutvalget foreslo i NOU 2004:18 at oppholdsprinsippet skulle videreføres, slik at kommunen skulle være ansvarlig for å yte tjenester til alle som oppholder seg i kommunen, uavhengig av om vedkommende har bopel eller fast opphold i kommunen. Utvalget foreslo også en ny bestemmelse om at Kongen kan gi regler om «utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner hvor en tjenestemottaker får tjenester av en annen kommune enn hjemstedskommunen, herunder hva som i denne sammenheng skal regnes som hjemstedskommune for tjenestemottaker». I merknadene til forslaget ble det presisert at det erstattet refusjonsregelen i sosialtjenesteloven § 10-1 andre ledd, med en fullmakt for Kongen til å gi forskrifter. Det ble også anført at forslaget representerte et avvik fra det alminnelige utgangspunktet om at hver kommune dekker utgiftene til sosial- og helsetjenester i kommunen. Etter utvalgets oppfatning var det behov for et mer fleksibelt og nyanisert regelverk, tilpasset de til enhver tid foreliggende finansierings- og tilskuddsordningene.

39.4 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at dagens regler om at kommunen skal ha ansvaret for alle som bor eller oppholder seg i kommunen skulle videreføres. Dette ville være en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og sosialhelse-tjenesteloven § 10-1 første ledd. Videre ble det foreslått hjemmel for departementet til å gi nærmere forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt eller har fast oppholdssted. Sistnevnte endring innebar at sosialtjenesteloven § 10-1 andre ledd ikke ble foreslått videreført i lovs form.

39.5 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene har ikke gitt entydige tilbakemeldinger til forslagene i dette kapitlet. Innspill

har primært kommet fra kommuner, men heller ikke disse er av samme oppfatning. Flertallet av kommuner synes å være negative til oppholdsprinsippet. Kommunene uttrykker bekymring for at oppholdsprinsippet vil føre til økte utgifter for små og mellomstore kommuner med mange feriegjester samt vertskommuner for store institusjoner.

Bergen kommune sier seg imidlertid enig i at oppholdsprinsippet bør legges til grunn, og at:

«(...) det heller ikke kan kreves refusjon fra oppholdskommunen forut for inntak i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste for utgifter til tjenester til personer som bosetter seg i institusjonskommunen etter et institusjonsopphold».

Kommunen er uenig i at det bør videreføres en forskriftshjemmel med mulighet for å videreføre gjeldende refusjonsordning. Det vises til at refusjonsbestemmelsen har vært begrunnet historisk med tanke på at tilbud var ivaretatt i store institusjoner, for å skjerme institusjonskommunene, blant annet fra konsekvensene av HVPU-reformen. Bergen kommune mener at bestemmelsen har utspilt sin rolle. Det gis videre uttrykk for at refusjonsordningen hovedsaklig bidrar til tidkrevende prosesser og saksbehandling basert på misforståelser om unntaksregelens anvendelse:

«Den som flytter fra en kommune til en annen, blir som hovedregel den nye kommunens ansvar. En unntaksregel, om enn snever, bidrar til å tilsløre dette, særlig for kommuner der heimstavnretten henger igjen i bevisstheten.»

Bergen er en stor institusjonskommune og tilflyttingskommune. Kommunen gir i høringsuttalelsen tydelig uttrykk for at det ikke er hensiktsmessig å «(...) bruke tid og ressurser på å forfølge krav knyttet til alle som ender med å bosette seg her etter et institusjonsopphold».

Regionrådet for Hallingdal, med henvisning til *Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken* og *KS BTV*, har følgende kommentar:

«Hallingdal er ein stor reiselivsregion. Helse- og omsorgstenestene vert sett under betydeleg press av tilreisande. Desse utfordringane er sterkt aukande ikkje minst pga at fleire gjer fritidsbustaden til bustad nr. 2. Utfordringane er størst i høve til legevakt og omsorgstenester. Dersom Regjeringa vel å halda på opphaldsprinsippet, må det snarleg koma endrin-

gar som sikrar utgiftsdeling mellom opphaldskommunen og heimkommunen.»

Kommunene Krødsherad, Asker, Bærum, Hurum og KommuneHelsesamarbeidet Vestre Viken gir uttrykk for at de ikke støtter departementets forslag om ikke å videreføre reglene i dagens sosialtjenestelov § 10-1 andre ledd. Av bestemmelsen følger det i dag at opphaldskommunen forut for inntaket i institusjoner skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet og at det er adgang til å kreve refusjon fra opphaldskommunen forut for inntaket i institusjonen. De anfører at oppholdsprinsippet gir betydelige utfordringer for de store turistkommunene, med den boligbyggingen som er i ferd med å skje med hyttebebyggelsen. Videre anføres at kommuner som er vertskommune for store institusjoner blir ekstra belastet med oppgaver og kostnader, ved at pasienter som ledd i utskrivningen blir bosatt i den kommunen hvor institusjonen ligger. De mener derfor at det ikke er tilstrekkelig at dagens lovfestede refusjonsadgang blir erstattet med adgang for departementet til å gi forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen vedkommende er fast bosatt i eller har fast oppholdssted i. I tillegg pekes det på som inkonsekvent at denne refusjonsadgangen er videreført i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 3.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nordland finner grunn til å påpeke at formuleringen i dagens to lover er noe forskjellig med hensyn til hvem kommunene har ansvar for å yte tjenester til:

«I forbindelse med lover som dagens sosialtjenestelov, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (stjl.nav) og barnevernloven som alle bruker formuleringen «oppholder seg», er det presisert i forarbeider, rundskriv osv. at det er opphaldskommunen som er ansvarlig og at hjemkommunen som hovedregel ikke har betydning for vurderingen. Det er også slått fast i rettspraksis. Prinsippet om opphaldskommunens ansvar er brukt med vitende og vilje, for å unngå at tjenestemottakerne kan bli kasteballer mellom to kommuner som etter loven begge er ansvarlige. Dette er et argument som departementet selv også har nevnt i høringsnotatet på s. 348. I dagens stjl. §10-1 andre ledd finnes det et unntak fra hovedregelen om opphaldskommunens ansvar, en refusjonsordning hos «opphaldskommunen forut for inntak» på institusjon eller bolig med hel-

døgns omsorgstjenester. Ordningen beskytter kommuner med store institusjoner. Denne ordningen foreslås ikke videreført. Det vil kunne få enormt store konsekvenser for små kommuner som har mange institusjonsplasser.»

Fylkesmannen i Troms søker å presisere opphaldskommunens ansvar ytterligere:

«Spørsmålet blir da hvilken kommune som har ansvaret for å yte tjenester etter loven til dem som «oppholder seg i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester», jf. ordlyden i § 10-1 andre ledd og nærmere definisjoner i rundskriv I-1/94 side 85-87. I lovforslaget omtales tilbud i fengsler nærmere, jf. forslaget § 3-10, men vi kan ikke se at andre typer institusjoner og «boliger» omtales.

Vi er oppmerksomme på at forslaget § 3-1 andre ledd gir hjemmel for å gi forskrift på området. Vi ser også at det normalt vil være mindre aktuelt å gi kommunale helse- og omsorgstjenester under flere typer institusjonsopphold, enn økonomisk sosialhjelp, jf. lov om sosiale tjenester i NAV § 3 andre ledd.

Etter vår vurdering bør dette imidlertid klargjøres nærmere direkte i lovteksten. Vi ser dette også i sammenheng med at departementet ikke foreslår en videreføring av muligheten til å bringe tvistesaker inn for Fylkesmannen, jf. lov om sosiale tjenester § 10-3.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold er enig i at kommunen skal sørge for dem som «bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen» og utdyper dette slik:

«Andre alternativ er svært vanskelig å praktisere selv om noen kommuner (f.eks feriekommuner) får en merbelastning i perioder der andre kan ha lavere bemanning. Denne merbelastningen må i så fall kompenseres økonomisk, – f.eks med særskilte tilskudd/skjønnsmidler.»

Statens helsetilsyn bemerker:

«Videre følger det av § 3-1 i ny helse- og omsorgslov at det er kommunen der personen oppholder seg som skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det fremgår imidlertid ikke av ordlyden at tjenestene skal ytes i kommunen der personen bor. Vi kjenner til at brukere med behov for omfattende helse- og sosialtjenester får tilbud om tjenester som ligger

utenfor kommunen. Hvis rettigheten til omsorgsmottakere kan begrenses i forhold til tjenester i hjemkommunen og kommunen kan sette vilkår for tjenestetilbudet at bruker eller pasient skal flytte til annen kommune, er dette et inngrep i den enkeltes autonomi om retten til å bosette seg der en ønsker. Dette vilkåret bør i så fall reguleres i lovtekst.»

39.6 Departementets vurderinger og forslag

Et alternativ til oppholdsprinsippet er å legge et bostedsprinsipp til grunn. Dette vil innebære at kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester begrenses til innbyggere som har fast bosted eller fast opphold i kommunen. Et slikt prinsipp vil det for den enkelte kommune være enkelt å forholde seg til og planlegge ut fra. Inntektssystemet for kommunene er også tilpasset en slik ordning. Løsningen vil imidlertid medføre et mindre fleksibelt tjenestetilbud og passe dårlig til de krav til mobilitet som i dag preger samfunnet. I tillegg burde en slik løsning kombineres med en adgang for oppholdskommunene til å henvise til bostedskommunen. Dette ville blitt administrativt krevende og vanskelig å praktisere. Departementet viser her til de vurderingene som ble gjort i forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, se omtale av gjeldende rett. Departementet slutter seg til at det er nødvendig å ha en ordning som tilgodeser den enkeltes behov for å søke hjelp der dette synes mest hensiktsmessig og unngå at pasientene og brukerne blir kasteballer mellom kommuner.

En annen mulighet er å bygge på et kombinert oppholds- og bostedsprinsipp, slik at oppholdsprinsippet skal gjelde ved øyeblikkelig hjelp, mens bostedsprinsippet skal gjelde for mer planlagte helse- og omsorgstjenester. Dette kan eventuelt avgrenses til å gjelde hjemmebaserte tjenester og kan avhjelpe utfordringene med de mest kostnadskrevede tjenestene som hytte- og ferie-kommunene er ansvarlig for. Et slikt prinsipp vil imidlertid reise vanskelige spørsmål knyttet til hjelpetrengende som ønsker å feriere eller besøke familie i en annen kommune. Det kan medføre en betydelig utgiftsøkning for bostedskommunen hvis ansvaret for å gi hjelp skal ligge hos denne kommunen, med plikt til å legge forholdene til rette for slike reiser. Hvis pasienten eller brukeren helt eller delvis må betale dette selv, vil dette oppfattes som en innskrenkning av dagens rettigheter.

For å avhjelpe utfordringene for ferie- og hyttekommunene kan det også innføres en gjestepasientordning. Dette har vært vurdert ved flere tidligere anledninger, men har blitt avvist fordi dette vil være en krevende og kostbar ordning for kommunene. En vesentlig ulempe ved gjestepasientordninger er også at tjenesteyter og finansieringsansvarlig ikke er samme juridiske person. En slik ordning forutsetter derfor at bostedskommunen og vertskommunen er enige om innholdet i hjelpen som skal gis. Et annet spørsmål som melder seg, er i hvilken utstrekning den enkelte skal ha rett til å ta med seg sine tjenester ved reiser rundt i landet. Dette kan bli en kostnadskrevede ordning for det offentlige.

Et offentlig utvalg (Borgeutvalget) ble i 2003 oppnevnt for å gjennomgå og evaluere inntektssystemet for kommunal sektor. Utvalget skulle blant annet vurdere utforming av kompensasjon for kommunale utgifter knyttet til personer som ikke er folkeregistrert i kommunen. Innstilling ble avgitt i 2005, jf. NOU 2005:18 *Fordeling, forenkling, forbedring*. Vurderingen fra utvalget når det gjaldt «hyttekommuner og turistkommuner», var at turistvirksomhet og fritidsboliger i stor grad må betraktes som en del av de aktuelle kommunenes næringsgrunnlag, og at turister og hyttebeboere vil medføre økte inntekter for kommunene. På denne bakgrunn fant utvalget det vanskelig å anbefale en generell kompensasjon for hytte- og turistkommuner. Utvalget viste også til at pleie- og omsorgstjenester som ytes til hytteeierne, vanskelig kan finansieres av hytteeierne selv og anbefalte derfor at det i større grad blir anledning til å sende refusjonskrav til bostedskommunen for denne type utgifter. Det ble anført at hyttekommunenes utgiftsøkning i de fleste tilfeller vil motsvares av en tilsvarende utgiftsreduksjon for bostedskommunen, men at dette forutsetter at hyttekommunen og bostedskommunen er enig om hvilket innhold tjenesten skal ha.

Kommunal- og regionaldepartementet har i «*Retningslinjer for skjønnsfordelingen 2010*» redegjort for hvilke forhold Fylkesmennene bør vektlegge ved tildelingen av skjønnsmidler. Her er det anført at Fylkesmannen i sin fordeling av skjønnsmidler til kommunene bør ta hensyn til kommuner som har forholdsvis høye kostnader knyttet til mange fritidsboliger.

Etter en helhetsvurdering finner departementet at hensynet til en lett tilgjengelig helse- og omsorgstjeneste i kommunene tilsier at lovverket fortsatt bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel. Det vises også til merknaden fra Bergen kommune som sier seg enig i at oppholdsprinsippet

bør legges til grunn. Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold er av samme oppfatning og uttaler at andre alternativer enn oppholdsprinsippet er svært vanskelig å praktisere.

Departementet viser til forslaget fra Berntutvalget om at Kongen kan gi regler om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der tjenestemottaker får tjenester av en annen kommune enn hjemstedskommunen. Departementet er enig i at det kan være behov for et mer fleksibelt og nyansert regelverk tilpasset de til enhver tid foreliggende finansierings- og tilskuddsordningene. Dette kan også bidra til å begrense grunnlaget for

enkelte kommuners bekymring for konsekvensene av mange feriegjester.

På denne bakgrunn foreslår departementet at kommunen skal ha det finansielle ansvaret for alle som oppholder seg i kommunen, men at det gis en fullmakt for departementet til å gi nærmere forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt eller har fast oppholdssted.

Oppholdsprinsippet legges også til grunn for kommunens plikt til å sørge for helse- og omsorgstjenester. Se omtale i punkt 12.6.

40 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

40.1 Innledning

En pasient er utskrivningsklar fra sykehus når pasienten er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter har imidlertid ofte behov for oppfølging i kommunen eller spesialisthelsetjenesten etter utskrivning.

Dagens betalingsforskrift gjelder for betaling for utskrivningsklare somatiske pasienter mellom regionale helseforetak og kommuner. Betaling kan i dag kreves fra ti dager etter at kommunen skriftlig er varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Helseforetak og kommuner kan inngå egne avtaler som innebærer at betalingsordningen faller bort.

Departementet foreslår i dette kapittelet å lovfeste at kommunen har finansieringsansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag én.

40.2 Gjeldende rett

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 at kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Av § 5-1 første ledd fremgår at kommunen skal dekke utgiftene for den helsetjenesten som kommunen har ansvaret for. I § 5-2 bestemmes det at staten årlig yter rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 fastslår at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det fremgår av § 2-1 a at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i eller utenfor institusjon.

Kommunehelsetjenesteloven § 5-1 femte ledd bestemmer at departementet kan gi forskrift om at kommunene på nærmere fastsatte vilkår skal dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg i sykehus eid av hel-

seforetak i påvente av et kommunalt tilbud. Formålet med ordningen er å bidra til bedre ressursutnyttelse i helsesektoren ved at utskrivningsklare pasienter behandles på laveste effektive omsorgsnivå. Med hjemmel i bestemmelsen er det fastsatt forskrift 16. desember 1998 nr. 1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Forskriften gjelder for regionale helseforetak og kommuner som ikke har inngått avtale om overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten, jf. § 1 første ledd. I bestemmelsens andre ledd er det gitt nærmere regler om hva slik avtale i så fall skal eller bør bestå av, herunder rutiner for samarbeid, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, hvem som avgjør om en pasient er utskrivningsklar, hvordan uenighet skal løses, varslingsprosedyrer og -frister samt døgnpris. Forskriften gjelder ikke for pasienter i langtidsinstitusjoner eller pasienter i psykiatriske sykehus.

Det regionale helseforetaket kan kreve betaling av kommunen for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, jf. forskriften § 2.

Kriteriene for når en pasient er utskrivningsklar fremgår av forskriften § 3 hvor det heter:

«En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,
2. øvrige problemstillinger som har fremkommet skal som hovedregel være avklart,
3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,
4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,
5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert,

6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.»

I følge § 4 avgjør sykehuset når en pasient er utskrivningsklar. I § 5 er det fastsatt at kommunen kan påklage sykehusets avgjørelse til fylkesmannen.

Regler om varslingsplikt er inntatt i § 6. Det fremgår her at betaling kan kreves fra ti dager etter at kommunen er skriftlig varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Fristen løper tidligst fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar. Døgnprisen fastsettes av departementet, i medhold av § 7.

De aller fleste kommuner og helseforetak har inngått avtaler på dette området og bruken av forskriften er rapportert å være fallende. I all hovedsak reguleres derfor dette feltet av inngåtte avtaler mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Forskriften har således i praksis preg av å være sekundærregulering for de tilfellene hvor det ikke er inngått avtale.

40.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

40.3.1 NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten

I sin innstilling uttalte Berntutvalget blant annet følgende om kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter:

«Utvalget er ikke fremmed for at det fremdeles er behov for en ordning med slik betalingsplikt, ettersom bortfall av betalingsplikt kan føre til problemer med opphoping av utskrivningsklare pasienter.»

Berntutvalget understrekte videre viktigheten av å utvikle gode samarbeidsrelasjoner, der partene oppfatter seg som jevnbyrdige.

40.3.2 St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen

Av stortingsmeldingen fremgår det at det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten vil overføres til kommunene fra 2012. Overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fullt og helt til kommunene, innebærer at kommunene får

en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklar. I meldingens punkt 9.5.2 er det understreket at hensikten med en slik endring ikke er å straffe kommuner som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter, men å etablere riktige insentiver for kommunene.

I meldingen går det frem at endringen skal finansieres ved at regionale helseforetak får et trekk i sine rammer og kommunene en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Meldingen forutsetter videre endringer i betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter:

«Før en pasient kan defineres som utskrivningsklar til primærhelsetjenesten, må alle momenter iht. definisjonen av utskrivningsklar pasient være innfridd. Kommuner og sykehus må i samarbeid utarbeide klare kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og kriterier for re-innleggelse. På spesielt krevende pasientgrupper må det avtales et rimelig tidspunkt for utskrivning. Videre bør epikrise fra lege med medikamentopplysninger, resepter og rapporter fra alle aktuelle faginstanser forutsettes å foreligge ved utskrivning.

Det må etableres systemer for å håndtere situasjoner der partene ikke kommer til enighet om pasientens funksjonstilstand og behov for tiltak etter utskrivning. Det må også etableres systemer for å håndtere uenighet av prinsipiell karakter.»

I Innst. 212 S (2009-2010) om samhandlingsreformen uttalte helse- og omsorgskomiteen blant annet følgende under innstillingens punkt 3.6:

«Komiteen er enig i at det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter overføres til kommunene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at endringen skal finansieres ved at regionale helseforetak får trekk i sine rammer, og kommunene får en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Komiteen registrerer at insentivet for behandling på riktig omsorgsnivå gjennom den betalingsforskriften som gjelder i dag, ikke er tilstrekkelig. Komiteen vil understreke at ordningen må bygge på gode prosesser knyttet til samarbeid mellom kommuner og helseforetak som likeverdige parter. Slike avtaler skal bygge på veiledninger med klare kriterier for

når en pasient er utskrivningsklar, kriterier for reinnleggelse og bygge på en lovfestet ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste ved behov for innleggelse.

Komiteen støtter at ordningen med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter innføres fra 2012. Komiteen mener dette forutsetter at det foreligger konkrete avtaler som regulerer forholdet mellom helseforetakene og kommunene. Staten må ta initiativ til at det fremforhandles en nasjonal avtale som angir rammer for de lokale avtalene.»

40.4 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester lovfestet at kommunen har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én.

Videre foreslo departementet at kommunen skal pålegges plikt til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende plikt for regionale helseforetak til å inngå slik avtale ble også foreslått lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven. Departementet foreslo at kommunen kan inngå slik avtale alene eller sammen med andre kommuner. Det ble i den forbindelse også vist til lovforslaget § 6-2 nr. 4 hvor det ble foreslått at ordningen med utskrivningsklare pasienter skal være omfattet av de lovpålagte samarbeidsavtalene som skal inngås mellom kommunene og de regionale helseforetakene eller det helseforetak det regionale helseforetaket bestemmer.

Det ble også foreslått at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser etter første ledd. Videre ble det foreslått presisert at departementet i forskrift skal fastsette hva samarbeidsavtale som minimum skal inneholde. Tilsvarende ble også foreslått lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven.

40.5 Høringsinstansenes syn

Et flertall av høringsinstansene, herunder de fleste kommunene, støtter forslaget om at det økonomiske ansvaret for pasienter som er utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten skal over-

føres til kommunene fra den dagen pasienten er definert som utskrivningsklar.

Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF støtter prinsippet om kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. *Helse Sør-Øst RHF* er imot forslaget og peker på at flere helseforetak har funnet gode løsninger på dette innenfor eksisterende regleverk og retningslinjer. Flere kommuner er opptatt av at det utarbeides nasjonale kriterier og at kommunene gis medbestemmelsesrett for når en pasient er utskrivningsklar, slik at pasienten sikres et fullverdig tilbud.

Videre har flere kommuner pekt på behovet for et uavhengig tvisteløsningsorgan som kan håndtere uenigheter. Enkelte kommuner mener at det er behov for gradvis innføring. Andre mener at betalingsplikten bør inntreffe først etter dag tre fordi det ikke nødvendigvis er kostnadseffektivt at alle kommuner til enhver tid skal ha kapasitet til å ta imot pasienter fra sykehus umiddelbart. Det pekes også på at det å betale fra første dag, samtidig som det forventes at det kommunale tilbudet skal styrkes for å ta imot pasienter fra første dag, kan være økonomisk utfordrende.

Sykepleierforbundet støtter ikke forslaget og uttaler at «(...) utskrivningsklare pasienter er et symptom på at kommunene er underdimensjonert både når det gjelder kapasitet og kompetanse».

Legeforeningen mener at «(...) dersom kommunene skal ha finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter, kan det ikke lenger være sykehusene alene som definerer når pasienten er utskrivningsklar».

Få høringsinstanser uttaler seg om betalingssatsen. Enkelte mener at betalingssatsen bør reflektere kostnadene ved å behandle disse pasientene i kommunen, mens andre mener at satsen bør være høyere for at kommunene skal ha et sterkere insentiv til å ta imot pasientene. *Midt-Troms regionråd* har i den forbindelse uttalt følgende:

«Dersom de finansielle insentivene knyttet utskrivningsklare pasienter skal ha den ønskede effekt, må prisen per utskrivningsklare liggedøgn settes til 5000 kr. En pris på 3000 kr, som nevnes i høringsnotatet, vil nærme seg prisen på en forsterket sykehjemsseng og dermed vil alternativet med å betale for fortsatt sykehusopphold for ressurskrevende utskrivningsklare pasienter bli mer aktuelt for kommunene.»

Et flertall av høringsinstansene mener at midlene som overføres til kommunene bør overføres som frie inntekter. *Trondheim kommune* mener at man bør unngå et system hvor de som har gjort minst på dette området blir premiert.

De fleste høringsinstansene mener at det ikke bør innføres en ordning for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2012. *KS* anser at «(...) innenfor psykisk helse og rus ligger ikke forholdene til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012».

De fleste kommunene støtter *KS* og mener at det er behov for en klarere ansvars- og oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene før en betalingsplikt kan innføres på disse områdene. *Helse Midt Norge RHF* og *Bergen kommune* mener at det bør utvikles en nasjonal definisjon av utskrivningsklar pasient både for somatikk, psykiatri og rusbehandling.

40.6 Departementets vurderinger og forslag

40.6.1 Departementets prinsipielle vurderinger og forslag

Departementet foreslår at betalingsplikten innføres fra første dag pasienten er registrert som utskrivningsklar, for å sikre at kommunene gis et økonomisk insentiv til å etablere tilbud til antatt lavere kostnad. Dette finansieres ved at de regionale helseforetakene får trekk i sine rammer, basert på historiske tall for utskrivningsklare pasienter sammenholdt med betalingssatsen. Midlene fordeles mellom kommunene etter objektive kriterier i inntektssystemet for kommunene.

Den foreslåtte ordningen vil, i større grad enn dagens ordning, gi kommunene et økonomisk insentiv til å etablere tilbud med lavere kostnader enn i spesialisthelsetjenesten. For noen kommuner vil det ta tid å etablere tilbud for utskrivningsklare pasienter. Det er imidlertid rimelig å anta at det flere steder vil være mulig å utnytte eksisterende bygningsmasse ved at tilbudet samlokaliseres med andre institusjonelle tjenestetilbud, også i samarbeid mellom kommuner.

Etablering av tilbud i kommunen må ses i sammenheng med nivået på betalingssatsen. Settes satsen for lavt, vil det være mer lønnsomt for kommunene å betale sykehusene enn å opprette egne tilbud. En høyere betalingssats tar i større grad hensyn til eventuelle pukkelkostnader, men settes satsen for høyt trekker man ut midler fra helsefor-

etaken som går til behandling av pasienter som ikke er utskrivningsklare. Enkelte høringsinstanser mener at betalingssatsen bør reflektere kostnadene ved å behandle disse pasientene i kommunen, mens andre mener at satsen bør være høyere for at kommunene skal få et sterkere insentiv til å ta imot pasientene. Etter en samlet vurdering legger departementet opp til at betalingssatsen bør settes til 4 000 kroner per døgn i 2012, slik at kommunene gis et tilstrekkelig sterkt insentiv og har mulighet til å etablere gode tilbud.

Betalingsplikten innføres for utskrivningsklare pasienter innen somatikk fra 2012.

Høringsinstansene viser til at det er særlige utfordringer knyttet til utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling. Det er ikke etablert klare definisjoner for utskrivningsklare pasienter på disse områdene og disse pasientene vil ofte ha behov for tjenester over lang tid fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Flere av høringsinstansene peker på at det er behov for å klargjøre oppgave- og ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene. Det er også knyttet stor usikkerhet til omfanget av utskrivningsklare pasienter innenfor disse områdene.

Selv om behovet for oppfølging i kommunen er like stort for disse pasientene, tar ikke departementet sikte på å innføre denne ordningen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2012. Departementet har stilt krav til de regionale helseforetakene om å registrere utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern til Norsk pasientregister i 2011 og dette vil danne grunnlag for å beregne omfanget. Et mulig tidspunkt for innføring av en ordning innenfor psykisk helsevern vil blant annet avhenge av resultatet av registreringen. Det er større utfordringer ved å definere utskrivningsklare innenfor rusbehandling. Spørsmålet om innføring av ordningen på dette området må sees i sammenheng med arbeidet med å klargjøre oppgave- og ansvarsforhold mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det at en pasient er utskrivningsklar betyr ikke nødvendigvis at pasienten er ferdigbehandlet. Ofte har pasienten behov for oppfølging i kommunen eller spesialisthelsetjenesten etter utskrivning. Det er derfor viktig at avtalene mellom helseforetaket og kommunene inneholder samhandlingstiltak slik at denne typen pasienter skrives ut til forsvarlige tilbud i kommunen så raskt som mulig. Partene vil ikke kunne avtale seg bort fra ordningen.

40.6.2 Forslag til regulering i lov

Departementet foreslår at det lovfestes at kommunen har finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én, se lovforslaget § 11-4 første ledd.

Videre foreslås i bestemmelsens andre ledd at kommunen pålegges plikt til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende plikt for regionale helseforetak til å inngå slik avtale foreslås også lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, jf. forslag til ny § 2-6 første ledd. Departementet viser i den forbindelse også til lovforslaget § 6-2 nr. 4 hvor det fremgår at ordningen med utskrivningsklare pasienter skal være omfattet av de lovpålagte samarbeidsavtalene som skal inngås mellom kommunene og de regionale helseforetakene etter § 6-1.

I lovforslaget § 11-4 foreslås det i tredje ledd presisert at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssetser etter første ledd. Tilsvarende foreslås også lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, jf. forslag til ny § 2-6 andre ledd.

40.6.3 Nærmere om fremtidig forskrift om kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter – forholdet til samarbeidsavtalene

Forutsatt at Stortinget slutter seg til endringsforslagene, anser departementet at det særlig vil være aktuelt å ta stilling til i hvilken grad ordningen skal gjelde både for pasienter innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Departementet vil komme tilbake til dette i forbindelse med høring av slik forskrift og tar sikte på å innføre den nye ordningen for somatikk fra og med 1. januar 2012. En eventuell overføring av finansieringsansvaret for utskrivningsklare pasienter også innenfor psykisk helse-

vern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må avklares på senere tidspunkt.

I forskrift skal det også fastsettes kriterier for når en pasient er utskrivningsklar. Flere høringsinstanser har pekt på at ordningen må baseres på klare kriterier for utskrivningsklare pasienter og at det etableres gode samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kommunene, for å sikre at pasienten kan skrives ut til et forsvarlig tilbud i kommunehelsetjenesten. Departementet vil vurdere om de kriteriene som er fastsatt i gjeldende forskrift skal videreføres eller endres. Det legges til grunn at det benyttes en felles nasjonal definisjon av hvilke pasienter som er utskrivningsklare. Fordelingen av hva som eventuelt skal inngå i nasjonale kriterier i forskrift og hva som skal overlates til partene å fastsette gjennom samarbeidsavtalene, vil også måtte vurderes i forbindelse med forskriftsarbeidet. Det legges ikke opp til at partene kan avtale seg bort fra den nasjonale definisjonen av utskrivningsklare pasienter.

Det er viktig å unngå at ordningen ikke medfører unødvendige re-innleggelser. I dagens ordning for innsatsstyrt finansiering eksisterer det kontrollsystemer som kan gi et bilde av unødvendige re-innleggelser. Dersom det er behov for å regulere håndtering og betalingsplikt ved re-innleggelser vil departementet komme tilbake til dette i forskrift. Forskriften vil også regulere den betalingssetsen som skal gjelde for hver dag kommunen ikke tar i mot en utskrivningsklar pasient. Ressursoverføring fra de regionale helseforetakene til kommunene som følge av innføring av ordningen, vil omtales i kommuneproposisjonen.

Andre sentrale temaer i en forskrift vil være behovet for bestemmelser som regulerer spesialisthelsetjenestens varslingsplikt når pasienter antas å være utskrivningsklare og presisering av hvilke opplysninger det enkelte helseforetak skal gi til kommunen for at den skal kunne forberede mottak av en utskrivningsklar pasient. Forskriften vil også kunne regulere hvordan uenighet mellom partene skal løses, herunder tvisteløsningsordninger.

41 Kommunal medfinansiering

41.1 Innledning

Dagens finansieringssystem understøtter ikke i tilstrekkelig grad en god arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det tilrettelegger heller ikke i tilstrekkelig grad for at forvaltningsnivåene og tjenestestedene forankrer sine tiltak i helhetlige pasientforløp eller inspirerer til å finne gode praktiske innretninger og samarbeidsordninger.

Departementet ba i høringsnotatet om synspunkter på kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester og ulike innretningen av en slik ordning. Formålet med medfinansieringen er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Endringer i prinsippet om at kommunene er økonomisk ansvarlig for de tjenester de er forpliktet til å yte etter kommunehelsetjenesteloven krever hjemmel i lov. I dette kapitlet foreslås hjemmel til å gi forskrift med nærmere bestemmelser om kommunal medfinansiering i loven.

41.2 Gjeldende rett

Utgangspunktet i dagens lovgivning er at kommunene er økonomisk ansvarlig for de tjenestene de er forpliktet til å yte etter kommunehelsetjenesteloven, mens de regionale helseforetakene er økonomisk ansvarlig for de tjenestene helseforetakene er forpliktet til å yte etter spesialisthelsetjenesteloven.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-1, jf. § 1-3, at kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Av § 5-1 første ledd fremgår det at kommunen skal dekke utgiftene for den helsetjeneste som den har ansvaret for. Med hjemmel § 5-1 femte ledd er det i forskrift gitt nærmere bestemmelser om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Videre følger det av § 5-2 at staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddet

fordeles gjennom inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner.

I følge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 har staten det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Av § 2-1 a følger det at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i eller utenfor institusjon.

41.3 St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen

I samhandlingsmeldingen blir det uttalt at et sentralt element i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.

Tre ulike innretninger av kommunal medfinansiering ble vurdert. En generell medfinansiering for alle diagnoser og aldre, en avgrensning knyttet til diagnose og en aldersbasert avgrensning.

I meldingen fremgår det at departementet vil arbeide videre med den konkrete innretningen på kommunal medfinansiering. Før endelig løsning velges, vil det bli gjennomført høring. Det tas sikte på at ordningen iverksettes fra 2012, med utgangspunkt i det innfasingsopplegget som velges.

Stortingets helse- og omsorgskomiteé avga sin innstilling til samhandlingsmeldingen i Innst. 212 S (2009-2010). Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, uttaler at de er enige i at kommunene bør ha insentiv til å holde oversikt over og dempe presset på innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenesten. Satsning fra kommunene på forebygging og tidlig intervensjon vil understøtte målet om mer sammenhengende pasientforløp og kostnadseffektive løsninger. Flertallet mener at en nødvendig forutsetning for dette er raskt å etablere gode informasjons- og styringssystemer som legger til rette for kommunal planlegging og prioritering.

Flertallet viser til at høringsinstansene i den åpne komitéhøringen var kritiske til en ordning med generell kommunal medfinansiering slik dette er beskrevet i stortingsmeldingen. Flertallet merker seg at meldingen legger opp til videre utredning og høring med berørte instanser samt at regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med konkret forslag til løsning.

Komiteen mener det er viktig at regjeringen i det videre arbeidet med gjennomføringen av samhandlingsreformen kvalitetssikrer mulige modeller grundig.

Videre mener komiteen at det er viktig at økonomiske insentiver innrettes slik at de reduserer, og tar hensyn til, den enkelte kommunes økonomiske risiko. Komiteen viser til at meldingen legger opp til at det skal fremmes et lovforslag for Stortinget som ivaretar det nødvendige behov for lovhjemler i det videre arbeidet med samhandlingsreformen, herunder arbeidet med økonomiske insentiver.

41.4 Utredning av ulike finansieringsmodeller

I St. meld. nr. 47 (2009-2010) er det, i tillegg til en generell medfinansieringsmodell, presentert to mulige avgrensede modeller; avgrensning etter alder og avgrensning etter diagnose. Avgrensning etter diagnose kan være aktuelt for kroniske tilstander. Eksempler på kroniske tilstander er diabetes, kronisk hjertesykdom, hjertesvikt, åndrettssykdommer, revmatiske sykdommer og kreft. En slik sykdomsavgrenset modell vil imidlertid gi store faglige og økonomiske utfordringer. Det kan være vanskelig å definere hvilke diagnoser eller behandlinger som skal omfattes av en medfinansieringsordning. Ofte er det også slik at pasienten behandles for en følgetilstand av sin opprinnelige grunnsykdom og ikke selve grunnsykdommen. I tillegg vil medfinansieringsgrunnlaget kunne bli påvirket av årlige endringer i systemet for innsatsstyrt finansiering. En slik modell vil kunne medføre at kommunene bygger opp et unødvendig stort administrativt apparat for å kunne kvalitetssikre sin medfinansieringsandel.

En alternativ, og noe bredere, tilnærming er en modell som inkluderer alle medisinske innleggelser eller behandlinger for alle aldersgrupper og omfatter behandlingsepisoder for personer med kroniske tilstander. En modell som omfatter alle medisinske innleggelser eller behandlinger vil omfatte flere pasienter enn en modell avgrenset etter alder, men ikke operasjoner.

På denne bakgrunn ba departementet, som et ledd i arbeidet med høringen av «Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)», om innspill på følgende avgrensede modeller for kommunal medfinansiering:

1. En avgrenset modell etter alder som inkluderer alle innleggelser og behandlinger for eldre over 80 år (også operasjoner)
2. En avgrenset modell etter diagnose(r) som inkluderer alle medisinske innleggelser og behandlinger (altså ikke operasjoner)

I tillegg ble det vist til at innføring av kommunal medfinansiering for psykisk helsevern og rusbehandling samt for opphold i private opptreningsinstitusjoner utredes.

Den kommunale medfinansieringsandelen er ved en aldersspesifikk modell (somatikk) knyttet til pasienter over 80 år og er anslått til om lag 1,5 mrd. kroner. En modell avgrenset til medisinske innleggelser eller behandlinger er basert på oppdaterte tall anslått til om lag 4,2 mrd. kroner i 2010, inkludert poliklinisk virksomhet.

41.5 Forslag i høringsnotatet

Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering var ikke avsluttet da høringsnotatet med forslag om ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov ble sendt ut. Departementet foreslo derfor en lovhjemmel til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar. Hjemmelen var ment å skulle dekke de ulike modellene som utredes. Forslaget til lovbestemmelse ble utformet slik at departementet får hjemmel til å gi nærmere bestemmelser i forskrift om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret.

41.6 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser er skeptiske til å innføre kommunal medfinansiering og peker blant annet på at det i høringsnotatet ikke i tilstrekkelig grad er konkretisert hvordan økt aktivitet i kommunene skal fullfinansieres. Mange av disse høringsinstansene foreslår istedenfor et opplegg med fullfinansiering fra staten gjennom en økning i kommunenes frie inntekter eller som øremerking. *Midtre Gauldal kommune* uttaler at kommunen

ikke ønsker en innføring av den foreslåtte medfinansieringsordningen da dette vil gi betydelige økonomiske utfordringer for kommunene. Det bør heller innføres en øremerket ordning som fullfinansieres fra staten. Dette vil kunne sikre kommunene mot økonomiske tap, samtidig som gevinstene og risikoene ved reformen samles et sted; på statlig hånd.

Ringsaker kommune uttaler at de to medfinansieringsordningene bør utredes nærmere for å avklare hvilken modell som bør velges og hvordan kommunene skal kompenseres økonomisk. En avgrenset kommunal medfinansieringsmodell vil bidra til raskere etablering av nye tilbud i kommunene. Medfinansiering av medisinske innleggelser synes å være mest i samsvar med intensjonene for reformen. Det må finnes frem til en ordning som begrenser finansiell risiko for enkeltkommuner. Modell for økonomisk kompensasjon må utformes sammen med kommunene.

Uansett valg av modell er mange høringsinstanser opptatt av innfasing over tid for å kunne høste erfaringer. Med få unntak ønsker de høringsinstansene som er positive til å innføre kommunal medfinansiering, eller som kun uttaler seg om modell, en medfinansieringsmodell for alle medisinske pasienter uansett alder. Det er stor skepsis til en aldersavgrenset modell.

Den norske legeforening uttaler at forslagene om finansiering av helsetjenesten er svært moderert i forhold til det opprinnelige forslaget om kommunal medfinansiering. Det uttales at en avgrenset modell for kommunal medfinansiering av sykehusbehandling indirekte vil definere pasientgrupper som skal ha redusert tilgang til sykehustjenester. Legeforeningen mener likevel at kommunal medfinansiering vil kunne føre til en oppbygging av et kommunalt tilbud som i noen grad kan avhjelpe behovet for sykehusbehandling. Legeforeningen mener at et alternativ til kommunal medfinansiering vil være å etablere alternativ for fastlegers og legevaktlegers håndtering av pasienter som ikke kan være hjemme, for eksempel mulighet for akutt innleggelse på kommunal institusjon.

Sykepleierforbundet uttaler at de foreslåtte modellene for kommunal medfinansiering har så stor risiko for uønskede prioriteringsvirkninger at forbundet ikke kan slutte seg til at medfinansiering innføres nå. Sykepleierforbundet viser til at det er foreslått å bruke kommunal medfinansiering for to grupper pasienter, begge med stor representasjon av de sykeste gamle. Det uttales at selv om kommunal medfinansiering er ment som et økonomisk insitament for kommunene til å

bygge ut sine tilbud, vil den utvilsomt påvirke prioriteringene fra den dagen den eventuelt innføres. Når det gjelder departementets forslag om å innføre en aldersspesifikk betalingsordning, mener Sykepleierforbundet at det bryter med prinsippet om lik rett til behandling for alle og at fokus på alder vil bidra til å forsterke negative holdninger til eldre.

Flere høringsinstanser, deriblant *Evenes kommune*, uttaler at alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasientens lidelse og behov som skal være avgjørende for den helsehjelpen som blir gitt.

Helse Sør-Øst RHF er skeptisk til om et slikt stykkprisbasert insentivsystem støtter ønskene om mer effektiv utnyttelse av de samlede ressursene og økt nytte for den enkelte pasient. Det uttales at den foreslåtte modellen for delfinansiering ikke støttes av helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF uttaler at det er mange uklarheter knyttet til finansieringsordningen og at det etter deres vurdering er bekymringsfullt å gi denne lovhemmelen når ordningen er såpass uavklart. Hovedinnstillingen til Helse Sør-Øst RHF er derfor at eventuelle økonomiske virkemidler må innføres gradvis slik at det blir muligheter for justeringer underveis.

Helse Vest RHF støtter at det gis en forskriftshjemmel for kommunal medfinansiering og er enig i at medisinske pasienter velges som målgruppe. Det begrunnes med at pasienter som alternativt kan få et tilbud i kommunene er i alle aldre og at det vil være uheldig å benytte en aldersgruppering. Det å knytte medfinansieringen til alle medisinske pasienter vil også gi et større volum og slik gi mer tyngde til etablering av alternative tilbud i kommunene.

Helse Midt-Norge RHF anbefaler at en eventuell medfinansieringsmodell i første omgang knyttes opp til somatiske pasienter i indremedisinske avdelinger og poliklinikker. Det må imidlertid være en klar målsetning at man på sikt skal innføre ordningen også for psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering.

Helse Nord RHF mener primært at en mer direkte og målrettet finansieringsordning ville gitt en raskere og mer effektiv måloppnåelse. Det uttales at de alternative medfinansieringsordningene som foreslås i høringsnotatet er mer avgrenset enn opprinnelig forslag i stortingsmeldingen og inneholder dermed også mindre risiko. Helse Nord RHF vil gi subsidiær tilslutning til det alternative som innebærer 20 prosent DRG basert medfinansiering av medisinske pasienter. Dette

alternativet foretrekkes klart fremfor det alternativet som begrenser medfinansieringen til medisinske pasienter over 80 år. En slik aldersavgrenset ordning vil kunne oppfattes som diskriminerende for eldre pasienters tilgang til sykehustjenester og dessuten ha for svak finansiell stimulerings effekt.

KS mener at medfinansiering av medisinske innleggelser synes å være i best samsvar med overordnede mål for reformen. Modellen gir insentiv til styrket kommunal innsats, knyttet til pasientens tilstand uavhengig av alder. Videre mener KS at det må innføres mekanismer som begrenser kommunenes økonomisk risiko, blant annet gjennom et fastsatt maksimumsbeløp for kommunenes betaling per innleggelse. Når det gjelder rusbehandling og psykisk helse bør det være en gjennomgang av ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene før det eventuelt innføres en kommunal medfinansiering for tilbud i spesialisthelsetjenesten.

HSH er enig i at kommunene i liten grad kan påvirke innleggelsene til kirurgisk behandling, mens det er større muligheter for å påvirke antall innleggelser for medisinsk behandling (spesielt for eldre pasienter), rusbehandling og psykiske lidelser. I lys av dette kan det være hensiktsmessig å begrense kommunal medfinansiering til en av de to foreslåtte modellene. HSH mener at alternativet til kommunal medfinansiering vil være å finansiere økt aktivitet i kommunene med vekst i kommunenes frie inntekter. HSH mener imidlertid at dette ikke vil være i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Rammefinansiering gir ikke insentiver til økt samhandling sett fra kommunenes synsvinkel. Snarere vil det for kommunene være lønnsomt å skyve pasientene over til spesialisthelsetjenesten, og effekten vil kunne bli en økt belastning på sykehusene. HSH mener at ISF-satsen ikke bør reduseres nå. ISF er et sentralt virkemiddel for å stimulere sykehusene til effektiv drift blant annet ved å utnytte ledig kapasitet når det oppstår. En reduksjon av ISF-andelen før man ser resultatene av den økte innsatsen i kommunene kan bidra til lengre helsekøer.

Hesledirektoratet uttaler at gjennom samhandlingsreformen vil nye oppgaver bli utført i kommunen som tidligere ble utført i spesialisthelsetjenesten. Man kan for eksempel se for seg at en del cellegiftbehandling kan gis i lokalmedisinske sentre. Det uttales at kostnadene til denne type behandling kan være svært høye og det er ikke lagt opp til noen form for kompensasjon for slike uventede kostnader. Konsekvensen kan bli at kommunene ikke ser seg råd til å gi denne type behandling. Det er i dag to helt forskjellige finan-

sieringsformer på primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette eksempelet illustrerer etter Helsedirektorats oppfatning at det er behov for å finne finansieringsmodeller som bidrar til å dempe effekten av spesielle kostnader til behandling i primærhelsetjenesten.

41.7 Departementets vurderinger og forslag

Kommunal medfinansiering er en meget viktig del av samhandlingsreformen. Dersom økt aktivitet i kommunene fullfinansieres av staten uten at det etableres en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, vil bruk av spesialisthelsetjenester fortsatt være gratis for kommunene. Målet er at økt kommunal innsats skal ha effekt på forbruket av spesialisthelsetjenester og på kostnadskontroll totalt sett. En forutsetning for dette er at modellen omfatter områder der et kommunalt tilbud kan påvirke omfanget av innleggelser og behandling i spesialisthelsetjenesten på en måte som er bedre for pasientene og med lavere kostnader.

Det er dokumentert at kommunale tilbud har effekt på innleggelser på medisinske avdelinger for personer over 80 år. Samtidig er samhandlingsreformen rettet mot pasienter også under 80 år, for eksempel et økende antall kronikere. En aldersavgrenset modell (modell 1) vil ikke bidra til at det etableres et kommunalt tilbud til de sist nevnte pasientgruppene. Dette gjelder pasienter som trenger observasjon eller avklaring av en tilstand som ikke er så alvorlig at sykehusinnleggelse er nødvendig.

Et overveldende flertall av høringsinstansene er skeptiske til modell 1 og mener at denne vil kunne medføre at terskelen for sykehusbehandling blir høyere for personer over 80 år enn for andre aldersgrupper. En kommunal medfinansiering av medisinske behandlingsepisoder for alle aldersgrupper (modell 2) vil legge bedre til rette for at kommunene skal ta et større ansvar på helseområdet basert på den enkeltes behandlingsbehov enn en modell basert på alder. En aldersavgrenset modell vil kunne gi uheldige signaler til kommuner og helseforetak om prioritering av ressurser og pasienter. Modell 2 er mer i samsvar med målene i samhandlingsreformen, og vil i større grad understøtte nødvendig omstilling og legge bedre til rette for at kommunene satser på forebygging, ettersom modellen i seg selv er mer omfattende.

Det er i seg selv et betydelig risikoreduserende tiltak for kommunene at operasjoner er ekskludert fra modell 2. Det vil i tillegg bli lagt opp til et tak på om lag 30 000 kroner for særlig ressurskrevende enkeltopphold. Nyfødte barn og pasientbehandling med kostbare biologiske legemidler vil unntas fra medfinansieringsgrunnlaget. Modell 2 inkluderer heller ikke fødsler.

Etter en samlet vurdering tar departementet sikte på å innføre modell 2, en kommunal medfinansiering av medisinske behandlingsepisoder for alle aldersgrupper.

Prioriteringer i spesialisthelsetjenesten vil kunne bli påvirket dersom de regionale helseforetakene får ulik aktivitetsfinansiering for ulike pasientgrupper, for eksempel ved at ISF-satsen fra staten er den samme for alle pasienter og kommunal medfinansiering kun gjelder medisinske pasientgrupper. For å unngå at en avgrenset medfinansieringsmodell vil kunne gi utilsiktede effekter for pasienter som trenger operasjon, legges det opp til en helhetlig finansieringsmodell med høyere ISF-sats for pasientgrupper som ikke er inkludert i kommunal medfinansiering. Samlet sett vil dermed forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering være den samme for alle pasientgrupper.

Sykehusene vil være ansvarlige for å registrere og rapportere ISF-grunnlaget, og dermed også grunnlaget for den kommunale medfinansieringen. Kvalitetsikring og kontroll av medfinansieringsgrunnlaget vil dermed kunne inngå som en del av det samlede kontrollopplegget for ISF-ordningen.

Et stort flertall av høringsinstansene er enige i at en større del av psykisk helsevern, rus og opphold i private opptreningsinstitusjoner bør foregå i kommunene. Selv om kommunal medfinansiering er et viktig virkemiddel også på disse områdene, legger departementet ikke opp til å innføre kom-

munal medfinansiering på disse områdene fra 2012. Innenfor psykisk helsevern er det fortsatt behov for omstrukturering i spesialisthelsetjenesten og innenfor rusbehandling og rehabilitering er det behov for å klargjøre fremtidig oppgave- og ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene. Det er ikke i tilstrekkelig grad klarlagt hvordan kommunal medfinansiering kan understøtte disse prosessene.

Midler som overføres til kommunene fra 2012 for å kunne innføre kommunal medfinansiering vil bli finansiert av en tilsvarende reduksjon i bevilgningen til innsattsstyrt finansiering. Uttrekket er anslått til om lag 4,2 mrd. kroner i 2010. De endelige økonomiske konsekvensene av ordningen inngår i regjeringens ordinære arbeid med budsjett 2012, herunder Kommuneproposisjonen 2012.

Økte ressurser og oppbygging av kapasitet i kommunene vil ikke i seg selv nødvendigvis redusere ressursbruken i sykehusene. Det er en sentral premiss at aktiviteten i sykehusene må styres. Det vil bli lagt opp til fortsatt stram aktivitetsstyring. Frigjort kapasitet som følge av færre utskrivingsklare liggedøgn skal ikke brukes til å øke aktiviteten (DRG-poeng) utover vedtatte årlige budsjett.

For å kunne innføre kommunal medfinansiering fra 2012, anser departementet at det er behov for en lovhjemmel til å gi forskrift om kommunens medfinansieringsansvar. Departementet vil derfor opprettholde forslaget fra høringsnotatet. Det foreslås en hjemmel for departementet til å kunne gi nærmere bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret, jf. lovforslaget § 11-3. Forslag til forskrift vil bli sendt på ordinær høring.

Del IX
Andre temaer og forslag

42 Meldeordning for spesialisthelsetjenesten

42.1 Innledning

I dette kapitlet legges det frem et lovforslag om å flytte meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, og tilrettelegge den som et rent lærings- og rapporteringssystem i tråd med internasjonale anbefalinger og oppdatert kunnskap på området.

42.2 Bakgrunn

Pasientsikkerhet som eget satsingsområde har fått økende internasjonal oppmerksomhet det siste tiåret. Selv om ikke meldesystemer kan gi noe komplett bilde av risiko for pasientskade og årsakene til disse, er det likevel alminnelig antatt at rapportering av feil, skader og uønskede hendelser er et sentralt virkemiddel for å avdekke pasientsikkerhetsproblemer.

I Norge ble det tidlig etablert en meldeordning for uønskede hendelser. Sykehusenes plikt til «å melde om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen» ble innført ved lov av 30. april 1992 nr. 43 og inntatt i § 18 a i dagjeldende sykehuslov. Meldesentralen ble etablert i daværende Helsedirektorat 1. november 1993. Meldeplikten ble videreført fra sykehusloven til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som trådte i kraft i 2001. Helsetilsynet i fylket har vært adressat for meldingene siden 2003. Målet med meldeordningen har hele tiden vært at den skal bidra til «å avklare hvorfor et uhell eller nesten-uhell skjedde, for så å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen, slik at pasienter dermed ikke risikerer å bli utsatt for skade» (Rundskriv I 54-2000).

En prinsipiell utfordring ved dagens § 3-3 meldeordning er at den har læring som hovedformål, samtidig som den er knyttet til sanksjonssystemer. Dette er i strid med internasjonal kunnskap og anbefalinger om lærings- og rapporteringssystemer. WHO utga retningslinjer om meldesyste-

mer i 2005, *Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From information to action*. Europarådet ga sin anbefaling om meldesystemer i 2006 (Recommendation Rec (2006) 7 of the Committee of Ministers to member states on *management of patient safety and prevention of adverse events in health care*). Dessuten vedtok Rådet for Den europeiske union den 5. juni 2009 flere konkrete anbefalinger om pasientsikkerhet, blant annet om etablering eller styrking av sanksjonsfrie rapporterings- og læringssystemer for uønskede hendelser.

De internasjonale anbefalingene går ut på at meldesystemene må etableres i et ikke-straffende miljø og at de må skilles fra sanksjons- og straffesystemer. Det anbefales dessuten anonymitet og konfidensialitet hvis dette er mulig. På bakgrunn av professor Peter F. Hjørts forslag i 2004, om å innføre et nasjonalt meldesystem i Norge for uønskede hendelser i sykehus som har læring som formål og som er uavhengig av sanksjoner og tilsynsmyndigheter, opprettet Helse- og omsorgsdepartementet en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen hadde som mandat å gi anbefalinger om fremtidig meldesystem for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten (jf. St.prp. 1 (2005-2006) kap. 728.21). Arbeidsgruppen vurderte det slik at det ikke skulle innføres enda en meldeordning, men anbefalte at man skulle etablere en nasjonalt uavhengig enhet som på bakgrunn av informasjon fra eksisterende meldesystemer nasjonalt og regionalt skulle bidra til å avdekke risikoområder og årsakene til disse. Arbeidsgruppens forslag lå til grunn for omtalen av pasientsikkerhet i Nasjonal helseplan (2007-2010), og etableringen av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Enheten ble etablert i 2007 og tilknyttet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Sommeren 2009 mottok Helse- og omsorgsdepartementet forslag fra Helse Sør-Øst RHF om å flytte meldeordningen etter § 3-3 til en uavhengig instans, Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst RHF mente dette ville kunne skape en «ny giv» og bruk av positive virkemidler i arbeidet med læring av uønskede hendelser. De påpek-

te også at det å flytte meldeordningen til en uavhengig instans vil være i tråd med det som var målet for opprettelsen av Meldesentralen i Helsedirektoratet i 1993.

Høsten 2009 mottok Helse- og omsorgsdepartementet et forslag fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om å flytte meldeordningen til Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Kunnskapssenteret pekte på at formålet med meldeordningen langt på vei sammenfaller med mandatet til pasientsikkerhetsenheten, og at direkte tilgang til § 3-3-meldingene vil bidra til bedre oppfyllelse av mandatet. Et sentralt punkt i mandatet er «å kartlegge og sikre seg at informasjonssinnhenting og innmeldinger til enheten gir tilstrekkelig grunnlag for å avdekke risikoområder og årsakene til disse». Det ble forutsatt at enheten primært skulle innhente informasjon fra eksisterende meldeordninger lokalt, regionalt og nasjonalt. Kunnskapssenteret viser i sitt brev til at de ikke har fått den nødvendige tilgangen fordi informasjonen kan være indirekte personidentifiserbar og dermed underlagt taushetsplikt.

I februar 2010 mottok Helse- og omsorgsdepartementet dessuten brev fra Forbrukerrådet som støttet Kunnskapssenterets innspill. Forbrukerrådet viste i brevet blant annet til «*Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001-2007*» utgitt av Statens helsetilsyn i 2008. Rapporten konkluderte blant annet med at det var store forskjeller mellom helseforetakene når det gjaldt antall meldte uheldige hendelser og at foretakene fortsatt ikke hadde tilstrekkelig fokus på å ivareta pasientsikkerheten.

Vinteren 2010 ble pasientsikkerhet aktualisert gjennom ventelistesaken ved Sykehuset Asker og Bærum HF. Samtidig ga to par som mistet sine barn som følge av svikt i helsetjenesten, offentlig uttrykk for sterk kritikk av både helseforetakenes og Helsetilsynets oppfølging av hendelsene. Kritikken var blant annet at det tok lang tid før sykehuset meldte hendelsen til Helsetilsynet, at Helsetilsynet kun forholdt seg til skriftlig informasjon fra sykehuset og at det ikke ble innhentet informasjon fra pårørende. Foreldrene etablerte en pårørendegruppe som blant annet arbeider for å bedre de pårørendes rettsstilling i tilsynssaker og etablering av en uavhengig havarikommisjon. For å sikre raskere og bedre tilsynsmessig oppfølging av alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, fikk Statens helsetilsyn i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å etablere en utrykningsgruppe. Gruppen er landsdekkende og skal raskt komme i dia-

log med de involverte og berørte, skaffe seg oversikt over hendelsesforløpet og innhente annen relevant informasjon. Helseforetakene og virksomheter som de har avtale med, er pålagt varslingsplikt via en egen e-postadresse direkte til Statens helsetilsyn. Varsling skal skje snarest, og senest dagen etter at hendelsen har skjedd. Utrykningsgruppen og varslingsplikten ble gjort gjeldende fra 1. juni 2010 og er en prøveordning på to år.

42.3 Kunnskapsgrunnlag og internasjonale anbefalinger

Helsetjenesten har internasjonalt hatt nytte av erfaringer fra annen høyrisikovirksomhet og deres erfaringer med å lære av feil og uønskede hendelser. Både luftfart, atomenergivirksomhet og oljevirksomhet er bransjer som har arbeidet systematisk med feil og avviksrapportering i sikkerhetsøyemed i en årrekke.

I forbindelse med forberedelse av et pan-canadisk meldesystem for melding og læring av skader og uønskede hendelser i helsetjenesten, besluttet Canadian Patient Safety Institute (CPSI) i 2007 å foreta en gjennomgang av litteratur om rapportering av medisinske feil, uønskede hendelser og hendelser med alvorlig pasientskade. Hensikten var å få bedre forståelse for, og innsikt i, meldesystemer i helsetjenesten.

Gjennomgangen viste at dersom et meldesystem skal være vellykket, må helsepersonell oppleve incentiver for å melde hendelser på en saklig og fullstendig måte. Systemet må være frivillig og konfidensielt. Disse incentivene må veie tyngre enn forhold som oppleves som hindre for å melde. Systemet bør beskrive ansvarsforhold og være åpent, men samtidig gi nødvendig beskyttelse for melderer. Brukerne bør delta aktivt i utforming og vedlikehold, gi brukerstøtte til kolleger og være gode ambassadører for systemet. Et vellykket system må også kunne demonstrere at det faktisk kan brukes til å forebygge, oppdage og redusere effekter av uønskede hendelser som følge av dårlig planlegging, dårlig praksis eller andre uheldige omstendigheter.

Følgende elementer er ansett som vanlige i et velfungerende rapporteringssystem i helsetjenesten:

- Hendelsene analyseres av en uavhengig organisasjon med tilstrekkelig kompetanse
- Tilbakemelding til melder gis raskt
- Det gis systemrettede forslag til tiltak
- Virksomhetene er mottagelige for forslagene

- Melder kan ikke straffes på bakgrunn av meldingen

Kunnskapsoppsummeringen om meldesystemer er klar i sin anbefaling: For alle rapporterings- og læringssystemer er det viktig at sikkerhetskulturen er godt etablert og at de som rapporterer hendelser ikke utsettes for sanksjoner eller på annen måte får faglige ulemper som følge av å ha meldt til systemet.

42.4 Gjeldende rett

Meldeplikt for institusjoner i spesialisthelsetjenesten fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 første ledd at

«Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.»

Ved Rundskriv I 54-2000 ga departementet nærmere retningslinjer for meldeordningen. Her uttales det blant annet at hovedformålet med meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 er at den skal bidra til å avklare hvorfor et uhell eller nestenuhell skjedde, for så å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen. Meldeplikten er ment å understøtte helseinstitusjonenes internkontrollsystem og kvalitetsforbedringsarbeid, hvor kvalitetsutvalgenes arbeid utgjør et viktig element. Institusjonene skal systematisk gjennomgå og analysere hendelser som har eller kunne ha medført betydelige pasientskader og iverksette korrigerende tiltak for å redusere risikoen for nye hendelser. Det følger av prinsippene for internkontroll at helseinstitusjonene blant annet skal ha prosedyrer for vurdering og iverksetting av korrigerende tiltak ved avvikshendelser, jf. tilsynsloven § 3. Meldeplikten skal også legge til rette for tilsyn og oversikter over alvorlige hendelser og kvalitetsmangler i helsetjenesten.

Meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 kan i prinsippet danne grunnlag for administrative reaksjoner og, i sjeldne tilfeller, begjæring om påtale.

Statens helsetilsyn kan fatte vedtak om administrative reaksjoner mot det enkelte helsepersonell etter helsepersonelloven kapittel 11. Eksem-

pler på dette er tap av autorisasjon, lisens eller advarsel.

Statens helsetilsyn har også hjemmel til å gi pålegg rettet mot virksomhet innen helsetjenesten i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 5, spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3 tredje ledd.

Tvangsmulkt kan legges etter i spesialisthelsetjenesteloven § 7-2.

Statens helsetilsyn vurderer i medhold av helsepersonelloven § 67 andre ledd om det skal reises offentlig påtale mot helsepersonell.

I praksis igangsettes meget få tilsynssaker med § 3-3 meldinger som utgangspunkt, sett i forhold til antall meldinger, og enda færre ender med formell reaksjon.

Melder kan i dag velge å være anonym i meldingen, men identitet kan avsløres hvis Helsetilsynet i fylket velger å undersøke saken nærmere og eventuelt oppretter tilsynssak. Helsetilsynet i fylket har hjemmel blant annet i spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 til å innhente alle nødvendige opplysninger for tilsynsoppdraget.

Verken melderens eller pasientens identitet blir registrert i Meldesentralen i Statens helsetilsyn.

42.5 Helsetilsynet i fylkets håndtering av meldingene

Meldeplikten til Helsetilsynet i fylket skal legge til rette for:

- utarbeidelse av systematiske oversikter over alvorlige hendelser og kvalitetsmangler,
- tilsyn og rådgivning med spesialisthelsetjenestens systematiske behandling av alvorlige hendelser og internkontrollarbeid,
- oppfølging av repeterende eller alvorlige forhold som er egnet til å medføre fare for pasienters sikkerhet eller påføre pasientene en betydelig belastning.

Tilsynsmyndighetens hovedfokus for meldeordningen er at spesialisthelsetjenesten, gjennom sin internkontroll, skal hindre at utilsiktede hendelser oppstår, jf. internkontrollforskriften § 4. Meldeplikten anses oppfylt når det fremgår hva som skjedde, hvorfor det skjedde, hvilken følge det har hatt for pasienten, hva som ble gjort for å begrense skaden og hvilke forebyggende tiltak hendelsen har medført.

Helsetilsynet i fylket må vurdere meldingene ut fra to ulike perspektiver; både hvordan spesialisthelsetjenesten har håndtert § 3-3-meldingen,

det vil si om de har en god avvikshåndtering og om det er grunnlag for å opprette tilsynssak og eventuelt sende den til Statens helsetilsyn.

Meldeskjema IK-2448 er utformet slik at Helsetilsynet kan godkjenne selve meldingen, men eventuelt samtidig påpeke mangler i virksomhetens egen oppfølging av hendelsen. Et eksempel er at iverksatte tiltak ikke er tilstrekkelige eller adekvate. Helsetilsynet vektlegger kontroll av om den enkelte melding er fullstendig, og spesielt om helseforetaket har analysert hendelsen og iverksatt nødvendige tiltak. I motsatt fall tar Helsetilsynet i fylket kontakt med helseforetaket for å gjennomgå én eller flere hendelser og de tiltak som er iverksatt. Ved alvorlige og/eller gjentatte feil er nærmere undersøkelser standard prosedyre, for eksempel gjennom systemrevisjon. I tillegg gjennomgår Helsetilsynet i fylket meldingene med hvert helseforetak minst én gang årlig. Det er også vanlig at blant annet meldefrekvens, rutiner og oppfølging av meldingene gjennomgås på de årlige møtene mellom det regionale helseforetak og Helsetilsynet i fylket.

Opprettelse av tilsynssak mot virksomheten er aktuelt når:

- virksomheten ikke har analysert hendelsen, eller dersom analysen av den er mangelfull
- virksomheten ikke har iverksatt tiltak for å hindre gjentakelse.
- samme type hendelse har skjedd gjentatte ganger og hendelsene kan medføre fare for pasienters sikkerhet
- det foreligger pliktbrudd som ligger opp mot det grovt uaktsomme.

Opprettelse av tilsynssak mot helsepersonell er aktuelt når:

- meldingen indikerer at helsepersonellet har gjort samme type feil gjentatte ganger, og at hendelsene er egnet til å medføre en fare for pasienters sikkerhet
- helsepersonellens pliktbrudd ligger nært opp mot det grovt uaktsomme.

Statens helsetilsyns gjennomgang av behandlede tilsynssaker, viser at det på grunnlag av 3500 meldinger fra 2006 til 2008 ble foretatt en tilsynsmessig oppfølging i 147 tilfeller. Helsetilsynet i Oslo og Akershus oppgir i sin årsmelding for 2009 at av alle tilsynssaker hadde fire prosent en § 3-3-melding som kilde (en sak kan ha flere kilder).

Utnyttelsen av meldingene varierer noe mellom de ulike helsetilsynene. For mange av dem er meldeordningen et verdifullt grunnlag for å danne seg et bilde av helseforetakenes arbeid med sik-

kerhets- og kvalitetsproblematikk og ha en dialog om disse forholdene. Ordningen kan også gi god og konkret innsikt i hvordan styringssystemet fungerer i det enkelte helseforetak og i helseregionen.

I perioden 2008-2009 ga Helsetilsynet i fylkene i 77 prosent av tilfellene skriftlig tilbakemelding til virksomheten om at meldingen ble tatt til orientering og at den ville inngå i rutinemessige tilbakemeldinger. I kun 10 prosent av tilfellene ga Helsetilsynet i fylkene særskilt skriftlig veiledning knyttet til oppfølging av den aktuelle meldte hendelsen. Åtte prosent av tilfellene resulterte i særskilt tilsynsmessig oppfølging. Det vises til «*Meldesentralen – årsrapport 2008 – 2009*».

42.6 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at adressat for meldingene skulle endres fra Helsetilsynet i fylket til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Videre ble det foreslått at gjeldende § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven skulle oppheves og erstattes med en ny § 3-3.

Første ledd inneholdt en presisering av formålet med meldeplikten.

Andre ledd presiserte at pliktsubjektet for den nye ordningen fortsatt skal være institusjon eller virksomhet i spesialisthelsetjenesten, og ikke det enkelte helsepersonell. Departementet ba høringsinstansene om synspunkter på dette. Gjeldende kriterier for meldeplikten ble også foreslått videreført. Departementet ba om høringsinstansenes synspunkter på om meldeordningen burde utvides til å omfatte ikke bare hendelser med betydelig skade, men også skader og uønskede hendelser av mindre omfang.

Tredje ledd beskrev hensikten med behandling av meldingene i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Fjerde ledd skulle sikre konfidensialitet for den som melder.

Femte ledd inneholdt meldeplikt for Kunnskapssenteret til Statens helsetilsyn når det er grunn til å tro at det foreligger alvorlig systemsvikt.

I sjette ledd ble det foreslått at melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i seg selv ikke kan danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon mot den som har meldt. Det samme ble foreslått for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 andre ledd.

I sjuende ledd ble det foreslått at Kongen i statsråd kan gi forskrift om meldingene og det nærmere innholdet i dem. Det ble også foreslått at departementet kan bestemme at «helsetjenester som ikke er knyttet til helseinstitusjon, skal omfattes av meldeplikten etter annet ledd».

42.7 Høringsinstansenes syn

42.7.1 Hovedlinjer

Høringsinstansene er delt i synet på forslaget til endring av meldeordningen.

Statens helsetilsyn og et flertall av *Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmennene* fraråder flytting av meldeordningen. *Pasient- og brukerombudene* og *Direktoratet for forvaltning og IKT* er også skeptiske til forslaget. *Hesledirektoratet*, *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*, *Norsk Pasientskadeerstatning* og *Forbrukerrådet* støtter forslaget.

De tre regionale helseforetakene *Helse Sør-Øst RHF*, *Helse Vest RHF* og *Helse Nord RHF* støtter forslaget, men flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst har sterke innvendinger. I region Midt-Norge har *Helse Nord-Trøndelag HF* uttalt seg negativt til forslaget.

Norsk Sykepleierforbund støtter ikke forslaget. *Den norske legeforening* og *Akademikerne* ønsker å beholde meldeordningen til Helsetilsynet i fylket slik den er, men i tillegg opprette en ny nasjonal meldeordning til Kunnskapssenteret for helsepersonell uavhengig av arbeidssted. *Fagforbundet* mener også at det er forhold som tilsier at ordningen bør videreføres som en del av Helsetilsynets oppgaver.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og *Norges Handicapforbund* støtter ikke forslaget. *Norsk Pasientforening* støtter forslaget.

Få kommuner har uttalt seg om meldeordningen. Av dem som har uttalt seg, er det delte oppfatninger. De fleste understreker at meldeplikten må understøtte en lærende prosess.

Det er i hovedsak to argumenter som føres av de høringsinstansene som ikke støtter forslaget:

- Ved at meldingene sendes til Kunnskapssenteret på siden av det etablerte systemet (via nærmeste leder og Kvalitetsutvalg), blir ledelsen og virksomheten fratatt innsyn i den kunnskap meldingene gir og dermed også muligheten for god styring, internkontroll, avvikshåndtering og læring
- Helsetilsynet i fylket mister løpende informasjon om virksomheten og dermed et viktig redskap for tilsyn, områdeovervåking og dialog med helseforetakene

Relativt få uttalelser gjelder spørsmålet om meldeordningen bør utvides til å omfatte kommunene, eventuelt om meldeplikten bør legges på det enkelte helsepersonell.

Nesten ingen kommenterer forslaget om sanksjonsfrihet for det helsepersonellet som melder saken først (basismelder).

42.7.2 Nærmere om høringsuttalelsene

Statens helsetilsyn uttaler:

«Etter Statens helsetilsyns vurdering vil de foreslåtte endringene gå langt utover «flytting» av meldeordningen. Etter vår oppfatning er endringene så omfattende at forslaget i realiteten omhandler opphør av en meldeordning og etablering av en ny.

Forslaget om flytting og ny meldeordning begrunnes med underrapportering og dårlig meldekultur i helsetjenesten på grunn av frykt for administrative reaksjoner fra Helsetilsynet. I høringsnotatet blir det lagt til grunn at ved å gi mulighet for å melde anonymt, og utenom linjeledelse og tilsynsmyndigheter, vil antall meldinger øke og læringsmulighetene bedres.

Slik vi oppfatter forslaget, vil den enkelte helsearbeider måtte vurdere hvorvidt en hendelse skal meldes eller ikke. I så fall blir meldingen en sak mellom melder og pasientsikkerhetsenheten. Etter vår vurdering, vil en meldeordning som omgår linjeledelsen i institusjonen å være en svekkelse av virksomhetens og ledelsens ansvar for risikostyring, kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er lokalt, og nær der hendelsen skjedde, at det kvalitetsforbedrende arbeidet best kan skje og vil ha effekt. Derfor er det ikke tilrådelig å åpne for at meldinger kan gå utenom virksomhetenes kvalitetssystem og ledelse. Det er heller ikke tilrådelig at Helsetilsynet i fylkene avskjæres fra å motta § 3-3 meldingene.

Det er foreslått at Kunnskapssenteret skal ha plikt til å melde til Statens helsetilsyn om saker med alvorlig systemsvikt som krever tilsynsmessig oppfølging. Teoretisk vil dette være mulig, men erfaringer fra tilsynssaker er at de fleste hendelser skyldes en kombinasjon av systemsvikt og individuelle handlinger. Det bør utarbeides ytterligere retningslinjer, eventuelt i forskrift, for hva Kunnskapssenteret skal melde til tilsynsmyndigheten. Vi mener at meldingen må gå til det lokale Helsetilsynet i fylket, og ikke til Statens helsetilsyn. Vi vil under-

streke at meldinger fra Kunnskapssenteret til tilsynsmyndigheten ikke vil kunne erstatte den informasjon Helsetilsynet i fylkene får gjennom dagens meldeordning.»

Vel halvparten av Fylkesmennene og Helsetilsynene i fylkene, og flere av de øvrige høringsinstansene som er uenige i høringsnotatets forslag om flytting av meldeordningen, viser til denne uttalelsen.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vest-Agder uttaler:

«Et annet formål ved dagens meldeordning – å legge til rette for helsetilsynet i fylket sitt tilsyn og oversikt over alvorlige hendelser og kvalitetsmangler – videreføres ikke med den nye ordningen. Tilsynsmyndigheten vil miste en vesentlig informasjonskilde til «områdeovervåkning» av situasjon og utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten, og identifisering og oppfølging av risikoområder i sykehuset vil bli vanskeliggjort.

Mottak av 3-3 meldinger gir i dag tilsynsmyndigheten viktig informasjon; både når man ser totaliteten av mottatte meldinger i sammenheng, og når meldinger uteblir. Informasjon fra meldingene brukes ofte i en risiko- og sårbarhetsvurdering i forbindelse med valg av tilsynsområder og planlegging av tilsyn. Få meldinger fra en virksomhet kan noen ganger være et faresignal i seg selv.

Helsetilsynet i Vest-Agder har de siste årene mottatt et jevnt økende antall § 3-3 meldinger; fra 63 i 2006 til over 200 i 2010, det vil si mer enn en tredobling i perioden. Ut fra kjennskap til Sørlandet sykehus HF og foretakets arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet mener vi økingen skyldes forbedret kvalitetsarbeid og meldekultur. Det er en god dialog rundt oppfølgingen av sakene. Ved opphoping av meldinger fra én avdeling, eller når det over tid mottas flere meldinger med andre fellestrekk, har det i noen tilfeller vært avholdt oppfølgende møter med sykehuset. Hvis det har dreid seg om forhold på tvers av avdelinger, har sykehuset ikke alltid selv identifisert problemstillingen. Også i slike tilfeller oppleves positive dialog, og det er skjedd konkrete endringer i etterkant.

Vi mener helsetilsynet i fylket har en helt annen mulighet til å understøtte virksomhetens kvalitetsarbeid enn Nasjonalt kunnskapssenter vil kunne ha. Den lokale forankringen og kunnskapen om virksomheten har stor betydning. Kunnskapssenteret vil nødvendig-

vis måtte operere på et mer overordnet og generelt nivå. Vi mener dette kombinert med tap av informasjonstilgang for fylkesnivåets tilsynsmyndighet vil kunne virke mot hensikten med lovendringen, som skulle være bedret pasientsikkerhet.

Vi mener også oppgavefordelingen mellom Nasjonalt kunnskapssenter og Statens helsetilsyn vil bli uryddig ved den skisserte lovendringen.»

Fylkesmannen i Hedmark uttaler:

«Ved en ev flytting av meldeordningen fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter er det viktig å klargjøre meldeordningens hensikt. Er målet å øke antall meldinger og samle dette på et aggregert nivå? Eller er det fortsatt meningen at disse meldingene skal være en del av sykehusinterne kvalitetsarbeidet?

Dersom meldingene fortsatt skal være til bruk i det interne kvalitetsarbeidet er det av avgjørende viktighet at ledelsens ansvar for styring og kvalitetsarbeid ikke svekkes.

Når det gjelder informasjon om alvorlige hendelser vil det ikke være av avgjørende betydning at hendelsene kommer til Helsetilsynet i fylket fordi vi har såpass åpne og gode informasjonskanaler, at vi uansett vil få informasjon som er av tilsynsmessig betydning.

Å flytte meldeordningen vil medføre visse risikomomenter. Internasjonalt er mye forskjellig forsøkt uten at noen ennå har funnet den optimale løsningen. Det er forsøket verdt å flytte meldeordningen for en tidsbegrenset periode og så evaluere resultatet.»

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag uttaler:

«FMNT mener at en meldeordning som omgår linjeledelse i institusjonen vil være en svekkelse av virksomhetens og ledelsens ansvar for risikostyring, kvalitet og pasientsikkerhet. Meldinger bør gå til virksomhetens kvalitetsutvalg som har per i dag mulighet til å avdekke forhold som representerer risiko for alvorlig svikt i tjenesteytingen. Det er ikke tilrådelig at meldinger kan gå utenom virksomhetens kvalitetssystem og ledelse. Dagens ordning om pålagt kvalitetsutvalg i spesialisthelsetjenesten bør derfor opprettholdes.

Endring av meldeordningen vil også frata tilsynsmyndigheten i fylket en kilde til innsikt i risikoforhold og kvalitetsarbeid i helseinstitusjoner de fører tilsyn med. Tilsynsmyndighe-

ten i fylket vil miste en viktig inngang til dialog med helseforetakene om pasientsikkerhet og kvalitet, og en mulighet for å følge opp hendelser tilsynsmessig.»

Helse Sør-Øst RHF uttaler:

«Meldeordningen skal først og fremst understøtte sykehusenes internkontroll og kvalitetsarbeid. Det er derfor viktig at den utformes på en slik måte at dette formålet oppnås.

Slik vi forstår lovforslaget legges det opp til at avviksmeldinger etter § 3-3 skal sendes to veier: til Nasjonalt kunnskapssenter og til det interne avvikssystemet, slik at nærmeste leder blir orientert og kan følge opp. Meldingen til Kunnskapssenteret blir således et supplement til intern avvikshåndtering. Helse Sør-Øst RHF mener dette bør komme tydelig frem av lovteksten, slik at det ikke skapes tvil om at det fortsatt er virksomheten som har hovedansvaret for å håndtere avviket, herunder analysere hendelsen og iverksette nødvendige kvalitetsforbedrende tiltak. Vi viser i den sammenheng til uttalelsen fra Akershus universitetssykehus HF der det fremheves at en ny meldeordning bør være utformet slik at den gir støtte til det systematiske ledelsesforankrede forbedringsarbeidet i den enkelte virksomhet. Det fremheves at den foreslåtte endringen ikke i tilstrekkelig grad ivaretar dette hensynet.

Videre antar Akershus universitetssykehus HF at dersom det etableres en ny meldeordning hvor melder kan velge å være anonym uten å risikere at anonymiteten blir brutt, vil det kunne få konsekvenser for hvor mange meldinger som faktisk blir meldt internt. Det fremstår noe uklart i høringsnotatet hvordan virksomhetens kvalitetsforbedrende arbeid skal skje ved anonyme meldinger. Vi mener det er viktig at det presiseres at meldingene skal være anonyme kun når de sendes ut av virksomheten. Anonyme meldinger internt i virksomheten vil, etter vår vurdering, undergrave virksomhetens kvalitetsforbedrende arbeid, med den risiko det kan innebære for pasientsikkerheten.

Uavhengig av om meldeordningen flyttes, er det, som fremhevet av Oslo universitetssykehus HF, viktig at pasientsikkerhetsarbeidet understøttes av en uavhengig instans, for eksempel Kunnskapssenteret, som får tilgang til nødvendige data for det formål å utvikle læringsinformasjon og aggregerte data fra meldte hendelser. Den uavhengige instansen

bør ha tett pasientsikkerhetsfaglig samarbeid med helseforetakene og bidra til fagutvikling og opplæring av analysekompetanse.

Helse Sør-Øst RHF vurderer at meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fortsatt bør pålegges institusjonen/virksomheten. Vår vurdering er imidlertid at det samtidig bør vurderes om ikke det også bør være en individplikt å melde, jf. helsepersonelloven § 38 som ikke er trådt i kraft.

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget om at det ikke kan reises tilsynssak eller begjæres påtale mot det helsepersonell som har meldt på grunnlag av selve meldingen, men at dette vernet er knyttet til selve meldingen. Det forutsettes at en helt ny nasjonal anonym meldeordning ikke er et alternativ dersom meldeordningen ikke flyttes.

Tre helseforetak (Sørlandet sykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF) er til dels sterkt imot forslaget om flytting av meldeordningen.»

Akershus universitetssykehus HF uttaler:

«Slik vi ser det gis det doble signaler i lovforslaget. Det er en forutsetning for å oppnå læring og forebygging av feil i klinisk virksomhet at den eksterne aktør som mottar meldingene har rammeforutsetninger som bidrar til og støtter de interne systemene for avvikshåndtering. Vi opplever at den foreslåtte nye meldeordningen ikke er tilfredsstillende i så måte. Det er nærmest umulig å spore opp en aidentifisert og anonym melding for å sikre at linjeledelsen får nødvendig informasjon om hendelsen. Ny meldeordning vil føre til at nærmeste leder ikke får en regelmessig og sikker oversikt over meldte tilfeller. Muligheten for oppfølging av både pasient og involvert helsepersonell vil bli dårligere enn den er i dag.

[...]

Vi ser ikke bort fra at det kan være behov for en omlegging av den eksisterende meldeordning, men mener at en ny meldeordning bør utformet slik at den gir støtte til det systematiske ledelsesforankrede forbedringsarbeidet i den enkelte virksomhet.»

Oslo universitetssykehus HF uttaler:

«Oslo universitetssykehus støtter ikke forslaget om å flytte meldeordningen fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret. Vi støtter heller ikke vesentlige deler av det fremlagte faktagrunnla-

get og vurderingene i høringsdokumentet. Vi mener videre at dette er en stor og kompetansekreverende omlegging som kan innebære at kvaliteten på det nasjonale pasientsikkerhetsarbeidet settes i fare og at det påfører helsevirksomhetene administrativt merarbeid.

Oslo universitetssykehus sier seg i hovedsak enig i vurderingene Statens Helsetilsyn anfører i sitt høringssvar. Vi stiller oss uforstående til forslaget om at Kunnskapssenteret skal motta direkte informasjon om konkrete hendelser i helsetjenestene, analysere disse på helsetjenestenes vegne og foreslå treffsikre tiltak uten at Helsetjenestenes egen kompetanse og ledelse er involvert.

Vi er derimot enige i høringsdokumentets vurdering at dagens meldeordning ikke i tilstrekkelig grad sikrer spredning av erfaringskunnskap lateralt i helsetjenestene. Vi mener videre at Helsetilsynets innsats på dette feltet er utilstrekkelig og at det bør etableres bedre nasjonale ordninger for dette formålet. Kunnskapssenteret er en naturlig aktør. For å oppnå lateral læring finnes også andre strategier og virkemidler som helsevirksomhetene kan ta ansvar for selv. [...]

Oslo universitetssykehus har i dag et godt samarbeid med lokalt helsetilsyn. Men vår erfaring er at det er relativt sjelden at Helsetilsynets gjennomgang bringer noen merverdi av betydning i de saker vi oversender.

Helsetilsynet understøtter vår internkontroll ved å overvåke plikten til at internkontroll utøves og som en del av dette meldeplikten. Men Helsetilsynet har etter vår erfaring begrenset kompetanse på pasientsikkerhetsarbeidet som de kan formidle tilbake. Kunnskapssenteret vil på samme måte som Helsetilsynet ha vanskeligheter med å opparbeide kompetanse på sikkerhet i pasientbehandlingen uten å være ute i virksomhetene der pasientaktiviteten foregår.»

Helse Vest RHF uttaler:

«Helse Vest vil ellers fremheve og støtte følgende forslag/endringer:

- [...]
- at meldeplikten etter spesialisthelsetjenestelovens 3-3 gjøres til et rent læringssystem og at Nasjonalt kunnskapssenter er mottaker.

Det er viktig at et slikt nasjonalt læringssystem blir samordnet med de lokale systemene som er utviklet. Det tilrås ikke at systemet åpner for anonyme melding.»

Norsk Sykepleierforbund uttaler:

«NSF støtter Statens helsetilsyns oppfatning av at meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 ikke skal flyttes fra Statens helsetilsyn til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved Pasientsikkerhetsenheten.

Ledere er premissleverandører for at pasientene får den helsehjelpen de har rett og krav på gjennom sitt lovpålagte systemansvar. De har ansvar for kvaliteten på tjenestene og at det arbeides etter gode systemer og rutiner. Et meldesystem hvor det ikke kreves at ledere er informert om at det er sendt avviksmeldinger, vil undergrave ledernes mulighet for å ta ansvar for og lede en strukturert kvalitetsforbedring.

Kvaliteten i helsetjenesten blir ikke bedre hvis ikke den lærer av sine feil og iverksetter nye eller sikrere tiltak. Det er der avviket skjedde at det kvalitetsforbedrende arbeidet best kan skje og vil ha effekt. Vi er enig med Statens helsetilsyn om at en meldeordning som omgår linjeledelsen vil være en svekkelse av virksomhetens og ledelsens ansvar for risikostyring, kvalitet og pasientsikkerhet.»

Helse Nord RHF uttaler:

«Helse Nord RHF gir ellers tilslutning til forslaget om at adressat for meldeordningen (om skader m.m.) endres fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Den foreslåtte endringen på dette punkt vil kunne bidra til å øke rapporteringen, skape bedre tillit mellom aktørene og bidra til utviklingen av bedre læringskultur i fagmiljøene.»

Helsedirektoratet uttaler:

«Helsedirektoratet mener det er hensiktsmessig å overføre meldeordningen til et non-punitivt organ. Vi tror dette kan bidra til å øke meldefrekvensen, noe som igjen vil kunne føre til økt læring. Imidlertid vil direktoratet påpeke viktigheten av at betydelige personskader fortsatt meldes til tilsynsmyndighetene.

Man må også sikre at systemene som da skal brukes blir mer tilgjengelige, så det blir enklere for de ansatte å benytte meldeordningene. Dette gjelder også i kommunen.

Helsedirektoratet er ifølge blodforskriften databehandlingsansvarlig for hemovigilanssystemet. Driften av systemet ble i 2007 besluttet lagt under Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Kunnskapssenteret. Ordningen trådte i

kraft 1. juni 2007 og bygger på det etablerte, frivillige hemovigilanssystemet som ble opprettet i 2003 og drevet av Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin.

Etter litt ulike oppfatninger i startfasen om hvem som skal ha tilgang til meldingene i systemet, fungerer ordningen etter direktoratets vurdering i dag meget tilfredsstillende. Kunnskapssenteret mottar meldinger fra tjenestene og har en faglig rådgivningsoppgave ved oppfølging. Helsedirektoratet får oversendt alle meldinger innen 24 timer alle virkedager. Oppdraget til Kunnskapssenteret er gitt gjennom et detaljert oppdragsbrev fra Helsedirektoratet. Det er videre presisert i brev til alle landets blodbanker at Helsedirektoratet er myndighet på området, og at eventuelle pålegg bare kan komme fra Helsedirektoratet.

HOD har understreket at oppgaveoverføringen ikke endrer ansvarsposisjonene mellom etatene.

Helsedirektoratet vurderer for øvrig at lovendringen og begrunnelsen for denne må utredes nøyere.»

Av felles uttalelse fra alle *Pasient- og brukerombudene* og *Helse og sosialombudet i Oslo* fremgår blant annet:

«Selv om § 3-3 meldinger er utnyttet i varierende grad av de lokale helsetilsyn, er Pasient- og brukerombudene av den oppfatning at tilsynene ved den foreslåtte endringen, mister en svært viktig kilde til kunnskap om hvordan styringssystemene og kvalitetsarbeidet fungerer i ulike deler av virksomheten, og derved en mulighet til å følge opp foretakenes kvalitetsarbeid og eventuelt gripe inn ved alvorlige tegn på svikt. Man vil også miste muligheten til oppfølging etter avholdt tilsyn. Et viktig poeng for tilsynene må jo være å følge med på om de foreslåtte endringer og tiltak har hatt ønsket effekt.

Pasient- og brukerombudene ser at noe må gjøres for å få til en kulturendring og en lavere terskel for innsending av meldinger. Det er viktig at man i større grad får kunnskap om svikt i helsevesenet, slik at kunnskapen kan bidra til at de samme feilene ikke skjer igjen. Samtidig mener vi det er nødvendig at de lokale helsetilsyn for å få nødvendig kunnskap, må motta den informasjon som ligger i slike meldinger. Vi er derfor av den oppfatning at meldinger av denne grunn både bør sendes Kunnskapssenteret og Helsetilsynet (eventuelt som gjenpart til det regionale helsetilsynet).

Dersom det skulle vedtas en meldeordning som foreslått i høringsutkastet, mener vi at ordningen må evalueres nøye, for eksempel etter tre år. Vi tenker da både hva man har oppnådd av endringer i meldekulturen, hvordan denne endringen eventuelt har blitt benyttet og hvilken betydning endringen har hatt for kunnskapsnivået i de regionale tilsyn.»

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon FFO uttaler:

«FFO er positive til at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten får en rolle når det gjelder kartlegging av betydelig personskaide i spesialisthelsetjenesten, men mener at meldingene fra helseinstitusjonen fortsatt må gå direkte til Helsetilsynet i fylket.»

Fagforbundet uttaler blant annet:

«Når det gjelder forslaget til endringer i meldeordningen, er vi usikre på om dette vil medføre noen forbedring.

Gjennomgangen av dagens ordning viser at det er få ansatte som utsettes for sanksjoner, men også få som melder fra – om det er systemet eller frykt for represalier som er grunnen vet ikke vi, men antall meldinger står ikke i forhold til omfanget av uønskede hendelser i helsesektoren. Løsningen er likevel ikke å individualisere ansvaret for å melde fra, like lite som at den enkelte hindres i å melde fra.

Erfaringen når det gjelder meldeordningen viser også at det er mangelfullt lederskap når det gjelder kvalitet og kvalitetsforberedende arbeid. Dette er forhold det må jobbes videre med uavhengig av løsning.

Vi er imidlertid enig med Helsetilsynet at dette ikke er et sanksjonssystem, men handler om oppfølging og oversikt. Dette tilsier at ordningen bør videreføres som en del av Helsetilsynets oppgaver.»

Norsk pasientskadeerstatning uttaler:

«Norsk pasientskadeerstatning synes det er positivt at man flytter meldeordningen som foreslått i punkt 38.4.5, og tror at dette vil lede til større åpenhet om skader og uønskede hendelser i helsetjenesten.»

Den norske legeforening uttaler:

«I dag har ledelsen i sykehus en plikt til slik varsling i hht spesialisthelsetjenesteloven § 3-3

og det meldes om ca 2000 hendelser pr år. Dette er et viktig kunnskapsgrunnlag for oppfølging fra tilsynets side. Tilsvarende meldeordning bør etableres for institusjoner i kommunene.

Legeforeningen mener at denne meldeordningen er av stor betydning for kunnskap om – og oppfølging av alvorlige systemsvikt. Legeforeningen er av flere grunner overrasket over lovendringsforslaget. Helsetilsynet vil uten en slik bestemmelse basere sin kunnskap på ev klager fra pasient og pårørende og oppfølging. Risikoen for at tilsynet ikke mottar informasjon øker uten denne direkte meldeordningen. Klager fra pasient og pårørende vil ofte være mangelfull for å kunne avdekke systemsvikt som må korrigeres. De vil oftest være rettet mot enkeltindivider uten hensyn til bak-enforliggende forhold som kan være medvirkende til svikten.

Legeforeningen mener det er av avgjørende betydning av tilsynet i fylket kan motta informasjon om alvorlige skader eller hendelser som kunne medført alvorlige skader. Helsetilsynet vil i denne sammenhengen få et ansvar for oppfølging for å motvirke at tilsvarende situasjon oppstår. Helsetilsynet skal primært ha et systemfokus i behandlingen av disse meldingene og terskelen skal være høyere for å opprette individtilsyn når saken er kommet inn som en avviksmelding, ev i tillegg til en klage fra pasient/pårørende. Det er ikke et mål i seg selv å få inn så mange meldinger som mulig, men det bør være «riktige» meldinger man kan lære av, slik at man kan få gode prosesser rundt slike saker. Et slikt meldingssystem må være en del av en lærende organisasjon. Det er en utfordring i dag at avklaring av ansvarsforhold ofte tar langt tid. Rask avklaring og trygghet for involvert personell må vektlegges slik at vi unngår unødvendig usikkerhet.

Legeforeningen er enig med Statens Helse-tilsyn i at det viktigste kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet skjer lokalt. Det er avgjørende for et godt systemtilsyn at tilsynsmyndighetene får tilstrekkelig kunnskap om avvikene.

Legeforeningen støtter forslag om en ny meldeordning, men mener dette må baseres på en annen lovendring enn forslaget om å oppheve meldeordningen om de alvorligste hendelsene til helsetilsynet.

Legeforeningen mener det er på høy tid at det etableres en meldeordning med det mål å samle kunnskap om avvik i spesialisthelsetjenesten. En slik meldeordning må omfatte langt

flere tilfeller enn de som er omtalt i ovennevnte bestemmelse. I tillegg bør meldinger skje direkte fra leger og annet helsepersonell inn til Kunnskapssenteret for å motvirke «avskalling» internt i sykehuset. Legeforeningen foreslår et nytt ledd i helsepersonelloven § 16, alternativt en forskrift med hjemmel i § 16, annet ledd, med plikt til tilrettelegging for at helsepersonell kan melde avvik elektronisk til Kunnskapssenteret. Kopi av meldingen sendes ledelsen. Dette systemet må komme i tillegg til den meldeordning som følger av helsepersonelloven § 16.»

Bergen kommune uttaler:

«Krav til systematisk kvalitetsarbeid vil gi større grad av likebehandling og forsvarlighet i fastlegenes pasientbehandling. Det er behov for et rapporteringssystem for uønskede hendelser som er videre enn forhold knyttet til helsepersonellsvikt som behandles av Helsetilsynet. Det er ønskelig at slike hendelser kan rapporteres til et register eller organ utenom Statens Helsetilsyn. Dette vil bidra til flere rapporter, større læringseffekt og dermed føre til et bedre og mer systematisk pasientsikkerhetsarbeid.»

42.8 Departementets vurderinger og forslag

42.8.1 Innledning

Bakgrunnen for at departementet vurderer endringer i meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, er blant annet at den ikke er helt i samsvar med internasjonale anbefalinger om meldesystemer til bruk for læring og forebygging. Det vises til redegjørelsene under punkt 42.2 og 42.3. Selv om hovedmålene med dagens meldinger til Helsetilsynet i fylket også er læring og forebygging, vil oppfølgingen av hendelsene kunne medføre at det opprettes tilsynssak og ilegges administrative reaksjoner mot helsepersonell. Selv om det i praksis er et meget lite antall av meldingene som ender opp som tilsynssak, vil helsepersonells usikkerhet med hensyn til hva som skjer videre med en melding, kunne være nok til at man lar være å melde. Internasjonal kunnskap støtter dette.

Det har ikke vært gjort endringer av prinsipiell art i meldeordningen siden den ble innført fra 1993, og det er en kjent underrapportering av meldinger. Dette uttrykkes blant annet av Helsetilsy-

net i forbindelse med Meldesentralens årsrapporter. Behov for forbedring av meldeordningen påpekes også av høringsinstanser som har uttrykt seg skeptiske til å flytte den. Det er derfor rimelig å se på om meldingen kan utnyttes bedre til læring og forbedring. Det er kjent at helsetjenesten har utfordringer når det gjelder å lære av uønskede hendelser. Statens helsetilsyn bekrefter også dette. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ble etablert 1. februar 2007. Enheten har som formål nettopp å understøtte helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser.

Ved å legge meldeordningen til Kunnskaps-senteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, vil informasjonen i meldingene utelukkende brukes til å kartlegge risiko for og årsaker til at skader oppstår. Formålet vil være å forebygge fremtidig skade.

Det er dessuten forventet og ønskelig at antall meldinger vil øke. Meldingene vil også kunne ses i sammenheng på aggregert nivå, slik at det kan skapes læring nasjonalt på tvers av virksomheter. På denne måten kan man tidlig avdekke og informere om uheldige trender som er vanskeligere å oppdage i den enkelte virksomhet eller den enkelte tilsynsregion.

Som nevnt under punkt 42.7, varierer høringsinstansenes syn på om det er riktig å flytte meldeordningen fra Statens helsetilsyn til Kunnskaps-senteret.

42.8.2 Endret meldeordning og forholdet til styringslinjen

Høringsnotatet la opp til en løsning hvor hovedregelen er at melderens identitet er kjent og at basismelder melder til Kunnskaps-senteret ved pasientsikkerhetsenheten og det interne avvikssystemet samtidig. Meldeplikten skulle fremdeles ligge på virksomheten. Departementet ser at høringsnotatet kan misforstås fordi det går langt i å beskrive basismelder og dennes forhold til Kunnskaps-senteret, men i liten grad omtaler virksomheten og hvordan meldingen bør følges opp internt.

Det er ikke departementets intensjon å undergrave internkontroll, styring og avvikshåndtering internt. Departementet mener tvert imot at kulturendringen må skje på alle nivåer internt i helsetjenesten; personellet må oppleve at ledere og styrever engasjerer seg i et aktivt og konstruktivt pasientsikkerhetsarbeid som er relevant for den kliniske hverdagen. Kunnskaps-senteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet bør derfor ha en under-

støttende og rådgivende rolle i forhold til det interne arbeidet med å lære av og å forebygge uønskede hendelser. Det skal ikke herske tvil om at virksomheten selv har ansvaret for systematisk pasientsikkerhetsarbeid. For å gjøre dette helt tydelig foreslår departementet å endre forslaget til ny § 3-3 ved at passusen «sørge for at meldinger... rapporteres» i annet ledd tas ut og erstattes med en entydig ordlyd som plasserer plikten til å sende meldingene på helseinstitusjonen slik som etter dagens lov. Hvordan meldingene håndteres internt, er det da opp til virksomheten å beslutte. Det vises også til forslag om ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a der det fastsettes en plikt for virksomhetene til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I henhold til gjeldende § 3-3 skal melding sendes snarest mulig. I Rundskriv I/54-2000 er frist for å sende melding satt til to måneder, med den begrunnelse at institusjonen skal ha tid til vurdering, korrigerende, forebyggende og avgivende av uttalelse. Departementet vurderer det imidlertid slik at meldingene bør sendes til Kunnskaps-senteret straks, uavhengig av videre internt forløp. Dette er en vesentlig forskjell fra ordningen slik den praktiseres mange steder i dag. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i Kunnskaps-senteret skal ikke kontrollere intern avvikshåndtering, men derimot gi innspill til den. Videre må enheten få meldingen raskt hvis det skal være mulig å fange opp trender i en tidlig fase og varsle nasjonalt. Departementet forutsetter at meldinger som hovedregel sendes elektronisk.

På denne bakgrunn foreslår departementet at virksomheten skal sende meldingen straks.

Flere høringsinstanser har tatt opp spørsmål knyttet til meldeplikt for det enkelte personell og vist til helsepersonelloven § 38, som ikke er trådt i kraft. Bestemmelsen er først og fremst aktuell for helsepersonell som arbeider i kommunene etter som disse ikke er omfattet av meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Departementet foreslår å oppheve denne bestemmelsen. Det kan virke uryddig at den fortsatt skal stå i loven når det nå synes uaktuelt å la den tre i kraft. Dersom det blir aktuelt å utvide meldeordningen til å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester, vil man dessuten uansett på nytt måtte fremme forslag om lovendring.

42.8.3 Helsetilsynets informasjonsbehov

Flere av høringsinstansene påpeker det uheldige i at Helsetilsynet i fylket mister vesentlig informa-

sjon hvis meldingene ikke lenger sendes dem. Det påpekes av flere at Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn vil miste en kilde til kunnskap blant annet om enkeltsaker, om hvordan skademeldinger er håndtert i de enkelte helseforetak og om hvordan meldefrekvens varierer over tid.

I høringsnotatet redegjorde departementet for hvilke andre kilder Helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn har for å få kunnskap som er relevant for tilsynsvirksomheten. Departementet viste til at

- meget få tilsynssaker genereres på bakgrunn av § 3-3-meldingene.
- gjennomgang av sakene viser at Helsetilsynet i fylket har informasjon om de alvorligste sakene fra andre kilder enn meldeordningen.
- de nordiske helse- og omsorgsministrene har besluttet at det skal være en økt adgang til utveksling av informasjon når nordiske statsborgere søker om autorisasjon som lege i et annet nordisk land. Hensikten er å styrke kontroll med og informasjon om helsepersonell for å søke å unngå episoder med personell som utgjør en fare for pasientsikkerheten. Utvidet adgang til informasjon vil i første omgang gjelde leger, men er ment også å gjelde tannleger, sykepleiere og annet autorisert helsepersonell.
- informasjon fra pasienter og pårørende er den største kilden for opprettelse av tilsynssaker.
- Helsetilsynet i fylket vil få informasjon om legers melding om unaturlig dødsfall (med hjemmel i helsepersonelloven § 36) i de sakene der politiet forelegger spørsmålet om mulig etterforskning for Helsetilsynet i fylket, jf. Rundskriv fra Helsetilsynet IK-2/2008 og Riksadvokatens rundskriv nr. 5/2001. Meldeplikten gjelder for leger i både spesialist og helse- og omsorgstjenesten.
- alt helsepersonell har plikt til å melde fra til Helsetilsynet i fylket om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet i henhold til helsepersonelloven § 17. Denne meldeplikten gjelder både spesialist- og helse- og omsorgstjenesten.
- Helsetilsynet i fylket mottar ulike henvendelser fra pasientombud, helsetjenesten, apotek, kontrollkommisjoner, politi, andre tilsynsmyndigheter, media og andre.

Når det gjelder løpende informasjon som kan tilrettelegge for tilsynet med styringssystemet (internkontrollplikten) og områdeovervåkning, har Helsetilsynet i fylket flere muligheter for å skaffe seg relevant informasjon. Helsetilsynet kan

i utgangspunktet kreve å få tilsendt all informasjon det ber om fra helsetjenesten og personell uten hinder av taushetsplikt. Tradisjonelt etter spør Helsetilsynet pasientjournaler i en bestemt sak eller i forbindelse med ett bestemt tilsyn, men Helsetilsynet kan også be om samlerapporter, års- og tertialmeldinger, samledata fra elektroniske avvikssystemer, erstatningskrav relatert til helsetjenesten, uttalelser m.m. Slik informasjon kan for eksempel brukes i dialogen med helseforetakene.

Departementet viste i høringsnotatet også til at det fra 1. juni 2010 er innført en prøveordning over to år der helseforetakene senest dagen etter hendelsen skal melde om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn, se nærmere om bakgrunnen i punkt 42.2. Ordningen ble etablert for å sikre raskere og bedre tilsynsmessig oppfølging av uventede dødsfall og hendelser med betydelig og uventet skade på pasient.

Som det fremgår i pkt 42.7, uttrykker en del av høringsinstansene likevel tvil om tilsynsmyndighetene vil være sikret nødvendig informasjon hvis meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 flyttes til Kunnskapscenteret. Dette ville være spesielt uheldig ved alvorlige hendelser.

Departementet er enig i at Helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn med forslaget i høringsnotatet ville ha mistet den informasjonen som fremkommer av dagens § 3-3-meldinger. Parallelt med et lærings- og kvalitetsforbedrings-system er det behov for en sterk og uavhengig tilsynsmyndighet som bruker sin myndighet og griper inn i alvorlige saker der virksomheter og enkeltpersonell kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Det er en forutsetning at tilsynsmyndigheten er sikret relevant informasjon for å kunne utføre sitt oppdrag på en effektiv måte.

På bakgrunn av dette, og for at det ikke skal herske noen tvil om at det skapes juridiske rammer som sikrer en sterk og effektiv tilsynsmyndighet som mottar nødvendig informasjon og dermed kan komme raskt på banen etter de alvorligste hendelsene, foreslår departementet å lovfeste prøveordningen.

Formålet med ordningen er som nevnt å sikre raskere og bedre opplyste hendelsesforløp og saksforhold, og dermed også redusert saksbehandlingstid i tilsynssaker. Tidlig dialog med dem som er involvert og berørt av hendelsen, vil kunne gi bedre oversikt over hendelsesforløpet og sikre relevante saksopplysninger i nær tilknytning til hendelsestidspunktet. Det gjelder både pasient, pårørende og involvert personell. For at denne ordningen skal fungere, er det en forutsetning at Statens helsetilsyn mottar varsel om alvorlige hen-

delsler straks etter at de har skjedd. Med dette menes at varselet må sendes snarest og senest påfølgende dag.

Varslingsplikten vil omfatte alvorlige hendelser. Med alvorlige hendelser menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Ved vurderingen av om hendelsen er meldepliktig etter denne bestemmelsen, skal det legges vekt på om:

- hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå,
- det er uklart hva som har skjedd, og
- saken fremstår som kompleks.

Det foreslås på denne bakgrunn en ny § 3-3-a i spesialisthelsetjenesteloven som lovfester den varslingsplikten som blant annet helseforetak er pålagt gjennom den prøveordningen som ble etablert 1. juni 2010. Det foreslås en forskriftshjemmel i andre ledd for at departementet skal kunne gi nærmere kriterier for varsling i forskrift. Lovforslaget vil ikke omfatte virksomheter i spesialisthelsetjenesten som ikke er helseforetak eller har avtale med helseforetak. Det foreslås imidlertid en hjemmel for at departementet i forskrift kan bestemme at også andre tjenesteytere skal omfattes av varslingsplikten.

Det foreslås også et nytt femte ledd i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten hvor det fremgår at Statens helsetilsyn skal foreta stedlig tilsyn etter å ha mottatt varsling, dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst. Det presiseres at forslaget ikke innebærer at Statens helsetilsyn må rykke ut i alle saker som varsles, men må foreta en vurdering i den enkelte sak av om det er nødvendig for at saken skal bli tilstrekkelig opplyst. Dersom Statens helsetilsyn beslutter at det ikke er nødvendig å foreta stedlig tilsyn, må annen oppfølging vurderes på samme måte som når Helsetilsynet mottar informasjon om hendelser fra andre kilder.

Forslaget innebærer at mange hendelser vil bli meldt både til Statens helsetilsyn og til Kunnskapssenteret. Den største forskjellen vil være at meldingene til Kunnskapssenteret også vil omfatte hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Det var planlagt at den prøveordning som ble etablert 1. juni 2010 skulle evalueres. Departementet tar fremdeles sikte på at ordningen skal evalueres etter to år.

Departementet foreslår videre å opprettholde forslaget fra høringsnotatet om meldeplikt for Kunnskapssenteret til Statens helsetilsyn når det er grunn til å tro at det foreligger *alvorlig systemsvikt*, jf. forslag til spesialisthelsetjenesteloven

§ 3-3 femte ledd. Med alvorlig systemsvikt menes at det på bakgrunn av en eller flere meldinger vurderes at risikoen for at pasienter blir utsatt for betydelig skade er så stor at det er behov for at Statens helsetilsyn må vurdere å gripe inn for å forhindre at slik skade oppstår. Virksomhetens ledelse må orienteres samtidig som meldingen sendes til Statens helsetilsyn.

Dette forslaget vil i noen grad bryte med prinsippet om sanksjonsfrie systemer. Det foreslås imidlertid i punkt 42.8.6 at det ikke kan reises tilsynssak eller begjæres påtale mot helsepersonell *på grunnlag av selve meldingen*. På denne måten sikres det at Statens helsetilsyn får informasjon om alvorlige saker som krever tilsynsmessig oppfølging, samtidig som en unngår at selve meldingen kan brukes som grunnlag for administrative reaksjoner mot enkeltpersonell. Departementet foreslår at dette tas inn som nytt sjettede ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, se nærmere om dette i punkt 42.8.6 nedenfor.

Med en lovfesting av varslingsplikten og en plikt for Kunnskapssenteret til å melde fra om alvorlig systemsvikt, er risikoen for at tilsynsmyndighetene ikke skal få informasjon om alvorlige saker som krever tilsynsmessig oppfølging, etter departementets oppfatning liten.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget om å flytte meldeordningen til Kunnskapssenteret.

Det vises til at regjeringen vil legge frem en egen stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet som skal danne grunnlaget for arbeidet i årene fremover. Meldingen skal vurdere om organisatoriske, juridiske, finansielle og styringsmessige virkemidler og rammebetingelser støtter arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i hele helse- og omsorgstjenesten. Meldingen skal også vurdere hvorvidt dagens systemer for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet bidrar til å nå nasjonale mål for kvalitet og pasientsikkerhet.

42.8.4 Kunnskapssenterets rolle

Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal behandle meldinger om uønskede hendelser med sikte på å bidra til læring og forbedring internt i virksomhetene. Kunnskapssenteret skal komme med råd og forslag til videre håndtering, men det er helsetjenesten selv som velger hvordan hendelsen videre skal følges opp. Meldingene skal brukes både lokalt i virksomhetene, i nyhetsbrev og andre tilbakemeldinger. Alle meldinger skal leses og vurderes av Nasjonal enhet

for pasientsikkerhet og nødvendige tilleggsoppløsninger skal innhentes.

Noen høringsinstanser stiller spørsmålsteget ved om Kunnskapssenteret vil ha kompetanse til å gjennomgå meldingene på en hensiktsmessig måte. For at den endrede meldeordningen skal oppleves som nyttig for virksomhetene og fungere etter sin hensikt, er det en forutsetning at Pasientsikkerhetsenheten i Kunnskapssenteret har tilknyttet fagpersoner med tilstrekkelig bred klinisk erfaring som vurderer hendelsene.

Denne fagkompetansen vil blant annet være nødvendig for å vurdere enkeltmeldinger, innhente tilleggsinformasjon og gi råd i enkeltsaker. Videre er fagkompetansen nødvendig for å identifisere de mest lærerike hendelsene som for eksempel kan publiseres i nyhetsbrev og i årsrapporter. Det kan også være behov for fokus på særskilte områder i en periode, for eksempel strålebehandling i forbindelse med kreft eller hendelser med legemidler.

Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal ikke ha en kontrollfunksjon med virksomhet eller ansatte. Pasientsikkerhetsenheten skal bidra til læring både lokalt og nasjonalt.

42.8.5 Anonymitet og konfidensialitet i endret meldeordning

Meldinger til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal ikke inneholde pasientidentifiserbare data.

I høringsnotatet ble det foreslått at basismelderer unntaksvis skulle kunne melde anonymt rett til Kunnskapssenteret. Dette kunne oppfattes både som at meldingen ikke skulle gjøres kjent for virksomheten og som at forholdet meldes internt, men at melder kan være anonym innad i virksomheten. Bakgrunnen for forslaget var et ønske om å få kjennskap til forhold som ikke meldes i dag. Det kan være slik at eventuell frykt for formelle og uformelle sanksjoner medfører at man ikke melder. Det kan også være at man har meldt internt, men opplever at leder ikke tar tak i forholdet.

Høringsinstansene har til dels vært meget kritiske til forslaget om muligheten for å melde anonymt. Forslaget har av noen blitt oppfattet som et nytt meldesystem på siden av etablerte og ledelsesforankrede avvikssystemer som vil være unndratt styring og lokal oppfølging. Innad i virksomhetene er det viktig at det arbeides for en kultur med størst mulig åpenhet rundt aviksmeldinger,

og departementet ser det som viktig ikke å undergrave dette.

Departementet har derfor kommet til at forslaget bør justeres.

Ved entydig å plassere meldeplikten på virksomheten, se punkt 42.8.2, vil det være opp til virksomheten å bestemme hvem som skal melde til Kunnskapssenteret. Det vil også være opp til virksomheten å avgjøre om det eventuelt kan meldes uten navn internt. Departementet antar imidlertid at de fleste basismeldere vil melde med navn innad i virksomhetens avvikssystem. Dette er også ønskelig fordi åpenhet i seg selv vil styrke pasientsikkerhetsarbeidet.

Det er ikke interessant for Kunnskapssenteret å kjenne basismelderens identitet, men hvis basismelderer skal få kopi av Kunnskapssenterets tilbakemelding, må det som et minimum finnes en e-postadresse. Det kan være at meldingen inneholder opplysninger som gjør at annet personell kan identifiseres. Det må derfor sikres at personell eller virksomheter som har meldt eller på annen måte kan identifiseres ut fra meldingene, ikke skal kunne spores i læringsinformasjon som publiseres eller annen informasjon som gis fra meldesystemet.

Departementet foreslår derfor at forslag til nytt § 3-3 fjerde ledd utformes slik at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal sikre konfidensialitet for både basismelder, involvert helsepersonell og virksomheten.

42.8.6 Forbud mot bruk av meldinger som grunnlag for administrative reaksjoner mv. mot det enkelte helsepersonell

Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket har hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 til å innhente nødvendige opplysninger uten hinder av taushetsplikt. Tilsvarende bestemmelser finnes i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og helsepersonelloven § 30.

Dette innebærer at tilsynsmyndighetene ved tilsyn kan komme over meldinger som blir sendt i ny meldeordning etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 i forbindelse med tilsyn. Det er også foreslått en varslingsplikt for Kunnskapssenteret til Statens helsetilsyn i saker med alvorlig systemsvikt som vil kreve tilsynsmessig oppfølging, jf. punkt 42.8.3. Det må derfor sikres at Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylket ikke kan anvende en § 3-3 melding som grunnlag for å

– reise tilsynssak mot det enkelte helsepersonell som har meldt

- treffe vedtak med hjemmel i helsepersonelloven kapittel 11 (administrative reaksjoner) overfor helsepersonell som har meldt
- begjære påtale mot helsepersonell som har meldt, jf. helsepersonelloven § 67 annet ledd.

Nesten ingen av høringsinstansene har uttalt seg til denne bestemmelsen. *Akershus universitetssykehus HF* uttaler imidlertid:

«Å forsvare beskyttelse av grovt uaktsomme handlinger er vanskelig ut fra hensynet til pasientsikkerheten. Det foreliggende lovforslaget bør endres slik at mistanke om grovt uaktsomme pliktbrudd fra helsepersonell hvert fall blir meldt til institusjonens ledelse.»

Det presiseres at behovet for vern mot administrative reaksjoner mv. bare er knyttet til den meldingen som er sendt. Det kan ilegges sanksjoner mot helsepersonell på bakgrunn av en hendelse selv om helsepersonellet har meldt den til Kunnskaps-senteret. Selve meldingen bør imidlertid ikke kunne brukes som grunnlag for et slikt vedtak. Kunnskapen som danner grunnlag for en sanksjon, må derfor komme fra andre kilder enn selve meldingen. Det samme gjelder ved eventuell straffeforfølgning etter helsepersonelloven § 67. Det er altså ikke *handlingen* som er vernet ved den foreslåtte bestemmelsen. Den sier bare at tilsynsmyndigheten eller påtalemyndigheten ikke kan bruke selve meldingen til Kunnskaps-senteret som grunnlag for å innlede en sak mot personellet. Dersom tilsynsmyndigheten får kjennskap til saken på annen måte, for eksempel fra pårørende, kan tilsynssak og eventuelt straffesak opprettes. Likeledes gjelder vernet bare tilsynssak eller straffesak mot enkeltpersoner, ikke virksomheten.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget om ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 sjette ledd om at melding til Kunnskaps-senteret ikke i seg selv kan danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon mot den som har meldt i medhold av helsepersonelloven kapittel 11. Tilsvarende foreslås for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 andre ledd.

Det foreslås også tilsvarende bestemmelse i tilsynsloven § 2 fjerde ledd annet punktum.

42.8.7 Meldeordningens omfang

Meldeplikten omfatter nå betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av hel-

setjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Nærmere beskrivelse av meldepliktige hendelser er gitt i Rundskriv I 54-2000. Departementet har merket seg at meget få høringsinstanser har berørt temaet om det er ønskelig å utvide meldekriteriene slik at også hendelser med mindre alvorlige skader blir meldepliktige.

Noen høringsinstanser foreslår en helt ny meldeordning for helsepersonell i tillegg til den eksisterende § 3-3-meldeordningen. Dette gjelder blant annet Den norske legeforening og Akademikerne. En del av høringsinstansene ønsker også at meldeordningen skal omfatte helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Selv om det i et læringsperspektiv er mye som taler for at også informasjon om mindre alvorlige hendelser på sikt bør meldes til Kunnskaps-senteret, er departementet kommet til at det i denne omgang ikke bør foreslås vesentlige endringer i hva som skal meldes. Etter departementets vurdering, bør det først høstes erfaringer med å ha meldekriterier som er tilnærmet like dem som gjelder i dag. Deretter kan en eventuell utvidelse vurderes på bakgrunn av erfaringene.

Flytting av meldeordningen vil medføre at meldingene blir behandlet ut fra et annet perspektiv enn i dag. Det er derfor nødvendig å revidere eksisterende rundskriv om meldeordningen. Nærmere detaljer om for eksempel kategorisering av hendelsene bør utvikles på bakgrunn av et samarbeid mellom Nasjonal enhet for pasientsikkerhet og helseforetakene, slik at eksisterende avvikssystemer og det nasjonale meldesystemet kan ses i sammenheng.

Etter departementets oppfatning er imidlertid det viktigste nå å få på plass et rent læringssystem for spesialisthelsetjenesten. Det er dessuten ønskelig å få erfaringer fra den endrede meldeordningen før det eventuelt vurderes om den bør utvides til også å omfatte den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

42.8.8 Etablering av helseregister

Ved overføring av meldeordningen til Kunnskaps-senteret, vil det bli etablert et helseregister. Det skal ikke inngå pasientnavn eller fødselsnummer i registeret, men det vil inneholde et tilstrekkelig antall andre variabler til at opplysningene vil kunne være indirekte identifiserbare. Registeret må derfor ha et behandlingsgrunnlag i lov.

Datatilsynet uttaler i sin høringsuttalelse:

«Datatilsynet positiv til at det er foretatt en avveining av behovet for personopplysninger, som forslaget viser. Tilsynet er enig i at det i visse tilfeller kan være behov for å registrere personopplysninger for å oppnå formålet, men forutsetter at det behandles opplysninger kun i det omfanget som er nødvendig.

I følge punkt 38.4.5.10 skal det i forbindelse med overføringen av ansvaret opprettes et helseregister som vil inneholde såpass mange variabler at det kan bli indirekte identifiserbart. Det foreslås å endre spesialisthelsetjenesten § 3-3 slik at det klart går frem at mottaker av meldingene har nødvendig hjemmelsgrunnlag

for behandlingen av opplysningene. Datatilsynet støtter en slik løsning for behandlingen har tilstrekkelig lovhjemmel.

Tilsynet finner det positivt at departementet har foretatt en vurdering av personvernkonsekvensene, og kommet til at det ikke er behov for å registrere opplysninger på direkte identitet».

Departementet legger til grunn at forslaget til nytt tredje ledd i § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven sikrer et tilstrekkelig behandlingsgrunnlag for Kunnskapssenteret.

43 Forebygging i spesialisthelsetjenesten

43.1 Innledning

Et hovedfokus i samhandlingsreformen er å styrke forebygging og folkehelsearbeid. Folkehelsearbeid er et ansvar for alle sektorer, se forslag til ny folkehelselov. Selv om spesialisthelsetjenesten ikke er en hovedaktør i folkehelsearbeidet, spiller den en viktig rolle for å forebygge sykdom og fremme helse i befolkningen.

I forbindelse med behandling av St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* hadde komiteen følgende merknad i Innst. 212 S (2009-2010):

«Komiteen merker seg at forebyggende helsearbeid ikke er tilstrekkelig forpliktende i sentrale deler av lovverket. Regjeringen angir at lov om spesialisthelsetjeneste og lov om helseforetak er så lite konkret om forebyggende helsearbeid at det i praksis ikke er stilt krav til denne type oppgaver. Etter komiteens vurdering vil spesialisthelsetjenesten derfor ikke være tilstrekkelig forpliktet til samhandling omkring forebyggende helsearbeid med kommunehelsetjenesten. Komiteen mener dette forhold må avklares ved en lovgjennomgang.»

43.2 Gjeldende rett

Av spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 fremgår det blant annet at lovens formål er å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming.

Etter samme lov § 6-3 har spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. I Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjeneste uttales blant annet følgende i del II, punkt 1.1.4:

«Hverken pleie og omsorg eller forebygging er primæroppgaver for spesialisthelsetjenesten. Likevel skal det ytes pleie og omsorg i forbindelse med behandling av den enkelte pasient. Det er dessuten en forutsetning at spesialisthelsetjenesten bruker sin kompetanse til fore-

byggingsarbeid både individuelt overfor den enkelte pasient og generelt gjennom veiledning av kommunehelsetjenesten.»

I de spesielle merknadene til bestemmelsen vises det til at «(...) lovens formål, i tillegg til å være en tolkningsnøkkel til de enkelte paragrafer, må forstås slik at de målene som angis er mål for all spesialisthelsetjeneste som omfattes av loven».

Helseforetaksloven § 1 følger opp spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 ved å angi at «lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1». I vedtektene for de regionale helseforetakene er det bestemt at disse skal angi hvilke virksomheter som blant annet skal forestå helsefremmende og forebyggende arbeid. I praksis har departementet fra år til år gitt ulike typer oppdrag til de regionale helseforetakene av forebyggende karakter. Av oppdrag som har gått til regionale helseforetak i oppdragsbrev i perioden 2003-2010 omfattes blant annet smittevern- og beredskapsarbeid, pasientopplæring, oppfølging av registre innen sykdoms- og risikoovervåkning, rolle som samarbeidspartner i gjennomføring av lokale forebyggende programmer og innsats for røykfrie sykehus.

43.3 Forslag i høringsnotatet

Både i høringsnotatet til helse- og omsorgstjenestelov og i høringsnotatet om ny folkehelselov ble det redegjort for behovet for å konkretisere forebyggende helsearbeid i lovverket for å sikre at dette prioriteres. Departementet foreslo ikke en konkret lovbestemmelse i høringsnotatet knyttet til spesialisthelsetjenestens forebyggende arbeid.

43.4 Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vest-Agder savner en nærmere forpliktelse for spesialisthelsetjenesten å følge opp sitt ansvar for forebygging i lovverket.

Kristiansand kommune har uttalt at helseforetakene må gis et klart ansvar for å delta i og bidra til det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet i lokalsamfunnet.

Helse Vest RHF har i sin uttalelse til folkehelse-loven påpekt følgende:

«Forebygging i spesialisthelsetenesta vil særleg vere retta mot pasientgrupper og pasientar som blir tilvist til spesialisthelsetenesta. Spesialisthelsetenesta har likevel viktig kunnskap som også kan nyttast i meir primærførebyggande og helsefremmande arbeid. Det er viktig å legge til rette for bruk av denne kunnskapen i direkte samarbeid med kommunane og gjennom rapportering til nasjonale helsemyndigheter.»

Lederne ved landets arbeids- og miljømedisinske avdelinger har påpekt et behov for å styrke kommunenes kompetanse innen miljømedisin og miljørettet helsevern, og at helseforetakene derfor bør få en lovhjemlet rolle i folkehelsearbeidet.

Fylkesmannen i Oppland mener folkehelse-loven bør ha en bestemmelse som tydeliggjør at de regionale helseforetakene og helseforetakene har en plikt til å bistå kommunene i deres folkehelsearbeid. Det vises til at dette gjelder tiltak knyttet til forebygging, mestring og helseopplysning og at «(...) en slik forpliktelse bør gjenspeiles i det kommende avtaleverket mellom sykehusene og kommunene.»

43.5 Departementets vurderinger og forslag

Spesialisthelsetjenesten har i dag et ansvar for å bidra i folkehelsearbeid og for å arbeide sykdomsforebyggende. Departementet deler imidlertid høringsinstansenes syn om at det er behov for å tydeliggjøre dette ansvaret. Departementet foreslår derfor å lovfeste at de regionale helseforetakene skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade. Se forslag til spesialisthelsetjenestelov § 2-1 a nytt andre ledd. Forslaget viderefører det ansvaret som spesialisthelsetjenesten i dag har for forebygging.

Spesialisthelsetjenestens ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade og lidelse kan konkretiseres i tre hovedområder: Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, overvå-

king av sykdom og risikoforhold samt kunnskaps- og kompetanseutveksling med kommuner og andre samarbeidspartnere.

Spesialisthelsetjenestens kontakt med mennesker som har et helseproblem gjør det mulig å informere den enkelte om forhold som påvirker helse og sykdomsutvikling. Dette gjelder både den sykdom pasienten får behandling for, men også råd og veiledning om andre risikofaktorer som pasienten er utsatt for og som kan gi sykdom. Ofte vil dette arbeidet dreie seg om sekundær- og tertiærførebyggende arbeid som ikke er en del av folkehelsearbeidet, men hvor mestring og fremming av helse er sentralt. Pasientopplæring skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringsaktiviteter må være tilpasset pasientenes språklige og kulturelle bakgrunn, herunder tilpassing til pasienter med samisk språklig kulturell bakgrunn.

Det ligger store muligheter for iverksetting av tiltak i folkehelsearbeidet basert på datamaterialet fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel fra medisinske kvalitetsregistre og Norsk pasientregister (NPR). Et av formålene med NPR er å bidra til kunnskap som kan gi grunnlag for forebygging av ulykker og skader. Data om hvem som skades, hvordan det skjer og når det skjer gir grunnlag for å kunne sette inn målrettet og effektiv innsats for å forebygge ulykker. Ulykker er et stort folkehelseproblem ettersom det resulterer i et stort antall skader og dødsfall. Ulykkesskadde opptar om lag ti prosent av alle senger ved norske sykehus. Registreringen av skadedata i NPR vil gi en verdifull mulighet for å se opplysninger om ulike typer skader opp mot behandlingsforløpet i helsetjenesten. Ved overvåking av sykdom hos risikogrupper er psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet en særlig utfordring.

En del av spesialisthelsetjenestens veiledning og samarbeid med kommunene vil være knyttet til enkeltpasienter eller dreie seg om sekundær- eller tertiærførebyggende arbeid som faller utenfor folkehelsearbeidets ramme. Dette er viktig for å nå målet om å komme tidligere inn i et sykdomsforløp til beste for den enkelte pasient og for bæreevnen i helse- og omsorgstjenesten. Helse Nord RHF sitt diabetesprosjekt har for eksempel medført en bedre organisering av diabetesbehandlingen på sykehusene. I «Saltprosjektet», som er et direkte resultat av diabetesprosjektet, har man satset på opplæring av primærhelsetjenestepersonell i behandling av diabetespasienter.

Spesialisthelsetjenesten bør gi informasjon til helsetjenestene i kommunene og helsemyndig-

hetene om sykdomsutvikling innenfor ulike diagnoser eller sykdomsgrupper. Samhandling i smittevern og beredskapsarbeid i samarbeid med kommunesektoren er en del av dette arbeidet. Det gjennomføres i dag screening for ulike typer sykdommer, som nyfødtscreening og brystkreftscreening. Gjennom screeningprogram bidrar spesialisthelsetjenesten til forebygging av sykdommer. Spesialisthelsetjenesten bør også ha kompetanse på og gi råd vedrørende miljø- og grupperettede tiltak. Samarbeidet i Harstad om ulykkesforebygging er et godt eksempel på dette. Et annet eksempel er betydningen av å ta tak i for-

hold som knytter seg til hjemmsituasjonen for geriatriske pasienter gjennom et nært samarbeid med helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Videre kan spesialister være nyttige rådgivere i kommunens miljørettede helsevern knyttet til støy, inneklime og ulykker. Foretakene har egne miljøer, som for eksempel arbeids- og miljømedisinske avdelinger, som kan være faglige rådgivere overfor miljørettet folkehelsearbeid i kommunene.

Forebygging av psykiske lidelser og rusmiddelbruk er en særlig utfordring.

44 Tildeling av avtalehjemler for lege- og psykologspesialister

44.1 Gjeldende rett

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a skal de regionale helseforetakene sørge for at det tilbys spesialisthelsetjenester innen helseregionen. Tjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 om legefordeling at departementet årlig kan fastsette antall nye spesialistlegetillinger innen hver av spesialitetene og antall nye hjemler for avtaler om drift av privat spesialistpraksis som kan opprettes. I praksis skjer departementets fordeling av nye stillinger i form av en rammefordeling som formidles i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene, sammen med øvrige styringskrav. Det tilligger de regionale helseforetakene å vurdere hvordan stillingene skal benyttes og fordeles, innenfor den tildelte ramme i samsvar med gitte styringssignaler.

De regionale helseforetakenes tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister er regulert i henholdsvis *Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening* og *Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Norsk psykologforening om spesialistpraksis i klinisk psykologi*.

Målet med søknadsprosessen er å finne frem til den søkeren som etter en samlet vurdering er best egnet til å utføre de oppgavene som er lagt til avtalehjemmelen. Tildeling av avtalehjemmel er ikke en ansettelse, men må likevel bygge på en vurdering som i det vesentlige er lik den som gjelder ved tilsettinger, det vil si en kvalifikasjonsvurdering. Kvalifikasjonsprinsippet er et ulovfestet forvaltningsrettslig prinsipp hvor den best kvalifiserte søkeren plukkes ut etter en skjønnsmessig helhetsvurdering med utgangspunkt i kvalifikasjonskravene fastsatt i kunngjøringsteksten og eventuelle lov- og avtalefestede krav. Sentrale momenter i vurderingen av søkerne er utdanning, praksis og personlig egnethet. Forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak kommer til anvendelse, noe som er presisert i de to rammeavtalene.

Etter helseforetaksloven § 5 gjelder forvaltningsloven for de regionale helseforetakenes virk-

somhet. Departementet er klageinstans for enkeltvedtak truffet av de regionale helseforetakene.

44.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet en tilføyelse i spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 siste ledd om at departementet ved forskrift kan gi nærmere regler for tildeling av avtalehjemmel til lege- og psykologspesialister. Forslaget skulle gi departementet en uttrykkelig hjemmel til å regulere både kriteriene for tildeling og hvordan prosessen skal gjennomføres.

44.3 Høringsinstansenes syn

Svært få høringsinstanser har kommentert forslaget. *Helse Sør-Øst RHF* uttaler at foretaket «har ingen merknader til forslaget om å gi lovhjemmel for å forskriftsfeste kriteriene for tildeling av avtalehjemler».

44.4 Departementets vurderinger og forslag

På bakgrunn av erfaring med behandling av klagesaker som gjelder tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister, ser departementet behov for i forskrift å regulere kriteriene for tildeling og hvordan prosessen ved tildeling av avtalehjemler skal gjennomføres. Departementet mener at en slik forskriftsregulering kan bidra til en god og mer effektiv saksbehandling og sikre en likeartet praksis i hele landet. Forskriften vil kunne erstatte departementets midlertidige retningslinjer nedfelt i departementets brev til landets regionale helseforetak av 25. februar 2009.

Departementet fastholder derfor forslaget i høringsnotatet om å endre spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 fjerde ledd, slik at det tas inn et nytt andre punktum som gir departementet hjemmel til ved forskrift å gi nærmere regler for tildeling av avtalehjemmel til lege- og psykologspesialister.

Del X
*Økonomiske og administrative konsekvenser,
oppfølging og evaluering*

45 Økonomiske og administrative konsekvenser

45.1 Innledning

I dette lovforslaget skal kommunens plikter i all hovedsak videreføres i samme omfang og med samme innhold som i dag. Forslagene til lovregulering innebærer at kommunenes ansvar og plikter angis på en mer generell og overordnet måte, sammenlignet med dagens regulering. Videre innebærer forslagene at regulering som i dag fremgår av forskrifter, til dels løftes inn i en mer samlet regulering i loven. Flere av bestemmelsene presiserer gjeldende rett.

Viktige unntak fra dette er forslag om en lovfesting av kommunenes plikt til å etablere tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, og forslag om hjemmel til i forskrift å fastsette kommunenes økonomiske ansvar for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Det vises til nærmere omtale i kapitlene 16, 40 og 41, omtale i teksten nedenfor og Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.

Pasienters og brukeres rettigheter skal videreføres på dagens nivå og skal i seg selv ikke ha administrative eller økonomiske konsekvenser av betydning. Kravet til et verdig tjenestetilbud kan allerede i dag innfortolkes i forsvarlighetskravet.

Høringsinstansenes syn på departementets omtale av økonomiske og administrative konsekvenser i høringsnotatet presenteres i punkt 45. 2. I punkt 45.3 redegjøres det for finansieringen av samhandlingsreformen som sådan før departementet i punkt 45.4 omtaler konsekvensene av forslagene kapittel for kapittel. For oversiktens skyld er fremstillingen inndelt etter kapitteloverskriftene.

45.2 Høringsinstansenes syn

Svært mange av høringsinstansene, herunder de fleste kommunene, KS, Helsedirektoratet, Statens seniorråd, Næringslivets hovedorganisasjon og Legeforeningen er kritiske til departementets vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av lovforslaget. De mener gjennomgå-

ende at de økonomiske og administrative konsekvensene er vanskelige å beregne, men at de vil bli betydelige og langt høyere enn antydnet i høringsnotatet. KS uttaler følgende:

«De økonomiske og administrative konsekvenser er vanskelig å overskue, men KS mener at de vil bli betydelige og langt høyere enn antydnet i høringsdokumentene. Det gjelder ikke minst nye krav til plan- og strategiarbeid, og oppfølgingen av nasjonale funksjons- og kvalitetskrav. (...) Den nasjonale IKT-infrastrukturen bør finansieres av staten. Forskriftsfesting av standarder, funksjonskrav og sertifiseringer må kostnadsberegnes».

Oslo kommune anser at «(...) manglende utredning av de økonomiske konsekvensene er den største svakheten både med samhandlingsreformen og de nye helselovene».

Helsedirektoratet uttaler følgende:

«Helsedirektoratet vurderer at de økonomiske og administrative konsekvenser ikke er tilstrekkelig utredet. Dette gjelder særlig hva angår flere av de nye oppgavene som kommunene eventuelt kan komme til å bli pålagt, eksempelvis hva angår kostnadsberegning av plikten til å etablere døgnopphold for øyeblikkelig-hjelp pasienter dersom dette blir vedtatt.»

Legeforeningen mener at:

«(...) dersom forslagene i de to lovene skal gjennomføres, vil det medføre betydelige omstillinger for kommunene, noe som må ledsages av egne, definerte, omstillingsmidler for at endringene skal bli vellykkede uten at hverken pasienter eller tjenester blir skadelidende».

Statens seniorråd peker på at:

«En av forutsetningene for at det kan gis likeverdige tjenester i helse- og omsorgssektoren,

er at kommunene har nødvendig kunnskap om hva loven pålegger kommunene. Siste års tilsynsmeldinger har avdekket manglende kunnskap på området. Statens seniorråd anbefaler derfor at det i forbindelse med iverksetting av ny felles lov om helse- og omsorgstjenester settes av tilstrekkelige ressurser til innføring i lovens bestemmelser til politisk, administrativ og faglig ledelse i kommunene».

Den norske jordmorforening mener at lovforslaget kan medføre betydelig økte utgifter for en kommuneøkonomi som i utgangspunktet er marginal og understreker at det «(...) ikke kan være kommunens økonomi som skal være førende for hvorvidt gravide og nybakte mødre får et faglig forsvarlig omsorgstilbud lokalt».

Norsk helse- og velferdsforum peker på flere konkrete forhold som vil føre til økte kostnader:

«Norsk helse og velferdsforum vil påpeke at departementets vurderinger av administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene ved de overnevnte endringer, ikke samsvarer helt med den kommunale virkelighet. Det er for oss innlysende at overgangen til en ny helse- og omsorgslov vil medføre økte ressursbehov i en innkjøringsfase. Blant annet kan nevnes opplæring i nytt regelverk, endring og omlegging i dokumentasjons- og saksbehandlingsrutiner/ kulturer og systemer/programvarer. Spesielt gjelder dette tjenestområder og personell som tidligere har vært regulert etter sosialtjenesteloven, og som ved innføring av den nye loven vil få endringer i sine plikter knytta til yrkesutøvelsen, eksempelvis en konkretisering av krav til faglig forsvarlighet, en utvidet informasjons- og dokumentasjonsplikt, nye krav til journalføring, arkivering og data-sikkerhet, med mer».

Krødsherad kommune uttaler:

«For å kunne bygge opp nye tjenester som beskrevet i Samhandlingsreformen må kommunene ha tilstrekkelig og forutsigbart økonomisk handlingsrom flere år fram i tid. Det innebærer at det i tillegg til overføring av midler for utskrivingsklare pasienter og medfinansiering tas høyde for at innføringen av reformen innebærer tilleggskostnader (pukkelkostnader) i form av planlegging, etablering av nye tilbud, IKT utbygging, helseovervåking og kompetansebygging i en overgangsperiode som vil gå over flere år. (...) Risikoen ved innføring av nye økonomiske

rammebetingelser for kommuner og helseforetak bør vurderes nøye. For å redusere risikoen for uønskede hendelser og styrke kommunenes forutsigbarhet bør departementet vurdere om forslaget om iverksettelsen de nye finansielle virkemidlene fra 1.1.2012 utsettes et år.»

Landsforeningen for pårørende innen psykiatri mener at forslagene vil medføre langt flere og større oppgaver for kommunene enn i dag. En omlegging av tjenestene mot at flere skal motta tilbud lokalt vil ifølge foreningen medføre økte kostnader i forhold til om disse skulle fått tilbudene i spesialisthelsetjenesten. Foreningen utdyper dette slik:

«Blant annet vil økt bruk av oppsøkende tjenester være kostnadsdrivende i forhold til for eksempel polikliniske tjenester på samme faglige nivå. Sentraliserte løsninger vil også i mange tilfeller være mindre kostbare enn desentraliserte løsninger, der hver enkelt kommune vil måtte ansette kvalifisert personell. LPP frykter at dersom ikke kommunene tilføres ressurser vil kommunene måtte senke kravene til faglig kvalitet».

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold viser til at «(...) høringsutkastet angir ingen omfattende øking av befolkningens rett til å motta tjenester, men det administrative arbeidet med opplæring i omleggingene vil være omfattende». Fylkesmannens vurdering er at «(...) dette vil medføre vesentlige kostnader de første årene etter at loven har trådt i kraft.»

Statens helsetilsyn uttaler følgene om konsekvensene for tilsynsmyndighetene:

«Lovforslaget innebærer til dels store endringer i tjenestene. Erfaringsvis genererer dette merarbeid. Vår generelle kommentar er at det må påregnes at den nye loven vil medføre økte, midlertidige administrative og økonomiske utgifter for sentralt og regionalt tilsynsnivå i en implementerings- og overgangsfase. For denne loven som innebærer utvidelse av tjenestetilbudet, personelløkning og variasjon i kompetanse, antar vi at det vil bli flere tilsynssaker og flere klagesaker, noe som vil berøre flere forvaltningsnivåer. For fylkesmennene, Helsetilsynet i fylkene, og i Statens helsetilsyn vil endringene kunne bety utvidet oppgaveportefølje og økt arbeidsmengde på permanent basis. Vi vil følge utviklingen i antall tilsyns- og klagesaker nøye.»

Flere høringsinstanser, herunder kommunene, krever at nye oppgaver til kommunene må fullfinansieres. KS peker på at «(...) fullfinansiering setter krav til etterberegning, kontroll og en løpende evaluering» og «forutsetter at kostnadsberegningene behandles i de faste møtene mellom staten og KS».

Drammen kommune foreslår «(...) at det nedsettes et teknisk beregningsutvalg med representanter fra staten, kommuner, helseforetaket, samt uavhengige eksperter som skal kostnadsberegne konsekvenser av lovendringer, forskrifter og andre virkemidler i samhandlingsreformen» og at «(...) disse beregningene legges til grunn for sikring av kostnadsdekning av alle de tiltak som lovforslaget innebærer.»

Kommunelegeforum Helgeland uttaler følgende:

«Et gjennomgående ansvar for kommune til å «planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere» alle tjenester på systemnivå som høringsnotatet legger opp til, vil for mange små kommuner kreve en helt annen type helseadministrasjon enn det som tilfellet er i dag. For at lovens intensjon her skal oppfylles, må tverrfaglig kompetanse innen flere felt gjøres tilgjengelig for kommuneadministrasjonen(...)».

45.3 Økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen

Med utgangspunkt i dagens og fremtidens utfordringer er et av hovedgrepene i Samhandlingsreformen å utvikle kommunerollen, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste fremover i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene gis insitamenter til å fremme god helse, øke den enkeltes mestringsevne, forhindre sykdomsutvikling og begrense innleggelser i sykehus.

Samhandlingsreformen er en retningsreform og reformens målsetninger skal gradvis nås gjennom et sett av virkemidler. De viktigste økonomiske virkemidlene er kommunal medfinansiering for bruk av spesialisthelsetjenester, overføring av midler fra regionale helseforetak til kommunene knyttet til utskrivningsklare pasienter og innføring av plikt for kommunene til å etablere tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. I forbindelse med overføring av oppgaver som i dag ivare-

tas av spesialisthelsetjenesten skal det også skje en overføring av budsjettmidler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Regionale helseforetak skal bidra til å etablere lokale tilbud i kommunene der dette er kostnadseffektivt. I tillegg skal en større del av veksten i helsebudsjettene komme i kommunene.

I planperioden vil det være behov for å øke innsatsen innenfor kompetanse, folkehelse og utvikling av primærhelsetjenester. Kommunene har hatt mulighet til å søke statlige etableringsmidler knyttet til utvikling av tilbud sammen med andre kommuner og helseforetak. Ordningen vil i planperioden fases ut i takt med at nye finansieringskilder etableres.

Det vil i 2011 igangsettes en følgeevaluering av reformen i regi av Norges forskningsråd. Følgeevalueringen skal gi nyttig informasjon gjennom planperioden og være et grunnlag for fremtidige justeringer i virkemiddelbruk.

Helsedirektoratet skal utarbeide informasjon og veiledende materiell til kommunene knyttet til etablering av kommunesamarbeid, avtaler mellom kommuner og helseforetak samt de nye lovene.

45.4 Nærmere om økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslagene

45.4.1 Forholdet til andre lover

Det foreslås i kapittel 10 at helsepersonelloven skal gjelde for yrkesutøvelsen for alt personell som yter tjenester etter den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. Det formelle skillet mellom helsehjelp og sosiale tjenester blir dermed for en stor del opphevet i den nye loven. Utvidelsen innebærer at personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven vil omfattes av helsepersonellovens bestemmelser om blant annet forsvarlighet, taushetsplikt, journalføringsplikt og opplysningsrett- og plikt.

Det er vanskelig å tallfeste eksakt hvor mange årsverk som omfattes av utvidelsen og hvorvidt endringene vil medføre økte utgifter. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det er om lag 6400 årsverk som kan betegnes som personell som yter tjenester etter sosialtjenesteloven. I tillegg kommer årsverk knyttet til støttekontakt og brukerstyrt personlig assistanse. En stor andel av sosialpersonellet arbeider innenfor NAV-systemet eller barnevernet og er derfor ikke berørt av det nye lovforslaget. I tillegg er det slik at en stor andel av det resterende sosialpersonellet allerede i dag har arbeidsoppgaver som er å anse for helsehjelp etter

helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2. I så måte vil dette personellet allerede i dag ha oppgaver som hovedsaklig er i samsvar med helsepersonellovens plikter, herunder plikt til forsvarlighet, opplysningsplikt, taushetsplikt og journalføringsplikt. For denne gruppen personell vil utvidelsen av helsepersonellovens virkeområde i praksis ikke ha noen betydning. Helsepersonellovens anvendelse vil således bare representere noe nytt for den resterende gruppen «sosialpersonell» som yter tjenester omfattet av den nye loven, men som ikke er å anse for helsehjelp. Dette vil for eksempel gjelde for personell som yter hjemmehjelpstjenester.

Departementet anser forslaget til lov på dette punktet delvis som en klargjøring og presisering av dagens plikter for sosialpersonell som jobber i helsetjenesten, og delvis som en utvidelse i forhold til den gruppen av sosialpersonell som med ny helse- og omsorgstjenestelov vil bli omfattet av helsepersonelloven selv om de ikke yter helsehjelp. Lovforslaget vil derfor innebære visse økonomiske og administrative konsekvenser av mindre betydning.

Dette vil i hovedsak gjelde innføring av helselovgivningens dokumentasjonsregler og journalføringsplikt også for dagens «sosialtjeneste», for eksempel enkelte hjemmetjenester eller former for praktisk bistand. Mange kommuner har likevel samorganisert disse tjenestene og praktiske hensyn vil ofte tilsi at personellet allerede i dag benytter seg av felles dokumentasjonssystemer. Etter helsepersonelloven er det kun opplysninger om pasienten og helsehjelpen som er relevante og nødvendige som skal dokumenteres. For en hjemmehjelp vil det for eksempel være svært begrenset hva som er nødvendig å dokumentere.

Innføring av nytt regelverk for den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil nødvendiggjøre opplæring av personell i nytt regelverk, både helsepersonell og sosialpersonell. Departementet vil sørge for å utarbeide informasjonsmateriell om lovreformen, herunder vurdere utarbeiding av særskilt opplæringsmateriale.

Departementet foreslår i kapittel 11 en presisering av at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens virksomhet, med særregler som følger av den nye loven og av pasient- og brukerrettighetsloven. Dette er dels en videreføring av reglene i sosialtjenesteloven § 8-1. Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven har rettssikkerhetsgarantier som er tilpasset helsetjenesten og som i hovedsak tilvarer reglene i forvaltningsloven kapittel II og III. Departementet legger til grunn at det ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser.

Departementet foreslår også en endring i pasientrettighetsloven § 2-7. Unntaket fra forvaltningsloven for vedtak om hjelp skal ikke gjelde hele loven, men bare kapittel IV og V om enkeltvedtak. Forslaget innebærer en klargjøring av gjeldende rett og vil etter departementets vurdering ikke medføre økonomiske og administrative konsekvenser.

For vedtak om tjenester etter den nye loven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, 3-6 og 3-8 skal likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V gjelde hvis tjenestene forventes å vare lenger enn to uker. Etter dagens regelverk gjelder forvaltningsloven ved tildeling av tjenester i hjemmet og ved tildeling av plass på institusjon, jf. sosialtjenesteloven § 8-1 og kommunehelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd. Forslaget innebærer en viss oppmykning ved at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak ikke skal gjelde ved tildeling av kortvarige tjenester (for eksempel hjemmehjelp) eller korttids plass på institusjon (for eksempel på sykehjem). De øvrige reglene i forvaltningsloven og rettssikkerhetsgarantiene i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven vil imidlertid gjelde også i disse tilfellene.

Departementet legger til grunn at forslagene i kapittel 11 samlet sett ikke vil innebære administrative og økonomiske konsekvenser av betydning.

45.4.2 Kommunens ansvar og plikter

I kapittel 12 foreslås det nærmere regulering av kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette er en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett og innebærer derfor ingen økonomiske og administrative konsekvenser. Det samme gjelder forslaget om å presisere at kommunen og regionale helseforetak må planlegge, gjennomføre evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov og forskrift. Forslaget om at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike del-tjenester og med andre tjenesteytere, og at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, er presiseringer av det som allerede i dag følger av blant annet kravet om forsvarlig virksomhet.

Forslaget i kapitlene 14 og 15 til lovregulering av kommunens oppgaver innebærer en videreføring av gjeldende rett, og vil følgelig ikke medføre økonomiske eller administrative konsekvenser.

Plikten til å tilby døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig hjelp som omtalt i kapittel 16 vil innebære en oppgaveoverføring fra regionale helseforetak til kommunene. Plikten fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra regionale helseforetak til kommunene i perioden 2012 til 2015. Det er lagt til grunn et måltall for 2012-2013 på om lag 120 000 liggedøgn og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner (inkludert kapitalkostnader). I avtalene mellom kommunene og regionale helseforetak skal det inngå et eget punkt som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene. En del av investeringskostnaden knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikten håndteres innenfor ordningen med investeringstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser, basert på de kriteriene som ligger i ordningen i dag. Dersom kommunene velger å lånefinansiere resten, er det tatt høyde for dekning av økte renter og avdrag og en liggedøgnskostnad på 4330 kroner.

Forslaget til regulering av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid i kapittel 17 er en tydeliggjøring og videreføring av kommunens ansvar etter gjeldende rett. Forslaget vil derfor ikke medføre administrative eller økonomiske konsekvenser. En presisering av kravet om forebygging vil på lang sikt føre til reduserte kostnader ved at man unngår omfattende behandling.

Forslaget i kapittel 18 om å videreføre kommunens plikt til å ha en eller flere kommuneleger vil ikke innebære administrative eller økonomiske konsekvenser. Lovforslaget innebærer en forenkling for kommunene ved at det ikke stilles krav om at kommunelegen må være ansatt i den kommunen hvor kommunelegeoppgavene skal utføres. Dette kan muligens innebære noe innsparing for enkelte kommuner.

Fastlegeordningen blir videreført i lovforslaget. Tydeliggjøringen av kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen medfører ingen økonomiske og administrative konsekvenser. I kapittel 19 redegjør departementet for endringer man ser for seg i fastlegeforskriften. Før en ny revidert fastlegeforskrift sendes på høring, må økonomiske og administrative konsekvenser av forskriftsforslaget utredes nærmere. Behovet for nye ressurser innenfor fastlegeordningen må ses i sammenheng med øvrige tiltak som foreslås i reformen, og etablering av tilbud i kommunene som både kan kreve fastlegeressurser og avlaste fastlegene.

Forslagene i kapittel 20 om å videreføre og tydeliggjøre gjeldende lov- og forskriftsregulering om forsvarlighet vil ikke innebære økonomiske eller administrative konsekvenser.

I kapittel 21 foreslås lovbestemt krav til systematisk pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeid mv. i hele helse- og omsorgstjenesten. Dette stiller krav til prosess, men ikke til et bestemt nivå for kvalitet eller pasientsikkerhet. Bestemmelsen gir en retning og visjon for helse- og omsorgstjenestene som bygger videre på det store arbeid som er nedlagt i alle deler av helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med implementering av de nasjonale kvalitetsstrategiene. Kravene understøtter virksomhetenes årlige mål- og planprosess, som innebærer å vite status, oppnå enighet om målsetningen fremover og lage en plan for hvordan målene skal nås. Lovforslaget bygger på at kvalitetsforbedringsarbeid og pasientsikkerhetsarbeid er en del av de pågående prosessene i virksomhetene, og ikke et tillegg til disse.

For spesialisthelsetjenesten vil dette ikke innebære merkostnader eller spesielle administrative tilpasninger. Spesialisthelsetjenesten er godt i gang med både kvalitetsforbedringsarbeid og etter hvert også systematisk pasientsikkerhetsarbeid; det er stilt krav til både kvalitet og pasientsikkerhet gjennom de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Kommunene driver også mange ulike kvalitetsforbedringsprosjekter; men variasjonen antas å være større. I den grad krav om systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid betyr at tjenestene må gjøre mer enn de gjør i dag, vil det også være mulig å spare ressurser – tid og ekstra utgifter – på å unngå feil. Et kjennetegn med kvalitativt gode tjenester er effektiv ressursutnyttelse, der tjenestene unngår sløsing av ressurser, er planlagt godt og der man lærer av feil. Feilbehandling i alle deler av tjenesten koster i dag svært mye penger og ressurser. Alle er tjent med å bruke ressursene på en bedre måte, slik at brukerne får tilbud av bedre kvalitet og unngår feilbehandling. Dette vil like mye gjelde omsorgstjenester som helsetjenester. Departementet mener derfor at innføring av krav om systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid heller ikke vil ha økonomiske eller administrative konsekvenser for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Forslaget om å lovfeste Helsedirektoratets rolle som faglig veileder er en lovforankring av den rollen Helsedirektoratet har i dag. Lovforankring bidrar til å tydeliggjøre rollen.

Forslag i kapittel 22 om videreføring av dagens lovregulering på utdanningsområdet vil ikke få økonomiske konsekvenser. Departementet tar sikte på utarbeide forskrift med hjemmel i ny

kommunal helse- og omsorgstjenestelov og lov om spesialisthelsetjenester, hvor helse- og omsorgssektorens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring presiseres.

For å understøtte forskning om, for og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det ulike finansieringsordninger innenfor eksisterende virkemiddelapparat. Departementet forutsetter at en eventuell medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i forskning og deltakelse i forskningsprosjekter tilknyttet forskningsinstitusjonene, se kapittel 23, vil finansieres gjennom ordinære søknadsbaserte finansieringsordninger for forskning slik det også gjøres i dag. Disse finansieringssystemene dekker også forskningsadministrative kostnader. Dette innebærer at regulering av forskning som et medvirkningsansvar ikke vil få økonomiske konsekvenser for kommunene. Dette fordi forskning i, om og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten fortsatt skal finansieres gjennom dagens virkemiddelapparat.

Lovregulering av medvirkning til forskning, samt at forskning kan inngå i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene, medfører ingen plikt for kommunen til å forske. Det innebærer heller ikke en overføring av ansvaret for forskning fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Reguleringen er snarere et virkemiddel for å klargjøre behovet for at kommunene må medvirke til og styrke forskning på dette tjenestenivået i samarbeid med forskningsinstitusjonene.

Forslagene i kapittel 24 om beredskapsplaner og pålegg om tjenestegjøring ved akutte situasjoner viderefører gjeldende rett. Forslagene vil dermed ikke innebære nye administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunen.

I kapittel 25 om politiattest foreslås en videreføring av gjeldende rett med presisering av at bestemmelsen også gjelder for tjenesteytere som gjør oppdrag for kommunen uten å være ansatt enten i kommunen eller i en privat virksomhet. Departementet mener derfor at det ikke er knyttet økonomiske og administrative konsekvenser til forslaget.

I kapittel 26 fremgår det at departementet vil utrede behovet for i forskrift å fastsette at helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister skal føres og utveksles elektronisk. Forskrifter vil også vurderes for å stille krav til funksjonskrav, standarder og sertifisering. En konkret vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser vil gjøres i forbindelse med vurderingen av forskriftsregulering. Forslaget om at kommu-

nene skal innrette journal- og informasjonssystemene slik at de er forsvarlige, er en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett. Dette vil derfor ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning. Forslaget om at kommunene og helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten skal ta hensyn til effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer forutsetter ikke i seg selv investeringer i nye systemer eller oppgraderinger. Kommunen og spesialisthelsetjenesten må orientere seg om omforente standarder, gjøre samhandling til et viktig hensyn i anskaffelsesprosesser og ha dialog med samarbeidende virksomheter. Slike prosesser vil kunne bidra til å redusere virksomhetenes utredningsbyrde og slik underlette kommunenes og virksomhetenes arbeid.

45.4.3 Samarbeid

Lovforslagene om kommunalt samarbeid i kapittel 27 er en videreføring av gjeldende rett som ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser.

Målsettingen med forslaget om et lovpålagt lokalt avtalesystem i kapittel 28 er at avtalene skal være en hensiktsmessig ramme for samarbeidet om overføring av aktiviteter og oppbygging av økt ansvar i kommunene.

Kommuner og foretak har allerede inngått ulike samarbeidsavtaler om helsetjenester. En god del av disse avtalene oppfyller allerede kravene til avtaler i lovforslaget. Ressurser til å forbedre, utforme og følge opp samarbeid inngår i utgangspunktet i virksomhetenes ordinære ansvar for planlegging og administrasjon. For de avtalepartene som må utvide avtalene, vil det kunne få økonomiske konsekvenser. Helsedirektoratet har allerede en oppfølgingsrolle knyttet til de avtalene som er inngått på frivillig basis i forbindelse med samarbeidsavtalen som er inngått mellom staten og KS. Departementet legger derfor til grunn at det ikke er behov for en ytterligere styrking av Helsedirektoratet på dette området.

45.4.4 Pasient- og brukerrettigheter

I kapittel 29 om rett til kommunale helse- og omsorgstjenester legger departementet til grunn at vilkårene for å utløse en rettighet i pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven i praksis langt på vei tolkes likt. Forslaget om å erstatte dagens mer detaljerte utforming av rettigheter etter sosialtjenes-

teloven § 4-3 med den rettslige standarden «nødvendige helse- og omsorgstjenester» innebærer derfor en videreføring av gjeldende rett. Det er ikke ment å innebære en utvidelse eller innskrenking av den enkeltes rett til tjenester etter gjeldende sosialtjenestelov. Også når det gjelder rett til øyeblikkelig hjelp, barns rett til helsekontroll og rett til vedtak ved særlig tyngende behov, er det foreslått å videreføre den enkeltes rettigheter på dagens nivå. Departementet legger på denne bakgrunn til grunn at forslaget til rettighetsregulering viderefører gjeldende rett og at det dermed ikke vil ha administrative eller økonomiske konsekvenser.

I kapittel 30 foreslås en videreføring av pasienters prosessuelle rettigheter i helselovgivningen. For denne gruppen vil forslaget ikke medføre administrative eller prosessuelle konsekvenser. Forslaget om en felles regulering av brukernes prosessuelle rettigheter i pasientrettighetsloven innebærer en utvidelse av brukernes rettigheter sammenlignet med dagens sosialtjenestelov. Departementet viser her særlig til at reglene om samtykke og reglene om journalinsyn vil innebære en viss utvidelse av den enkeltes prosessuelle rettigheter. Departementet legger imidlertid til grunn at de administrative og økonomiske konsekvensene knyttet til dette vil være beskjedne.

Forslagene vedrørende individuell plan i kapittel 31 innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Departementet legger til grunn at forslagene ikke vil medføre særlige administrative eller økonomiske konsekvenser.

Forslagene i kapittel 32 om at de koordinerende enhetene skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, samt at pasientansvarlig koordinator skal erstatte pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten, innebærer endringer i forhold til gjeldende rett. Departementet legger imidlertid til grunn at disse endringene ikke vil medføre store administrative eller økonomiske konsekvenser.

Forslaget i kapittel 33 om å lovfeste en plikt for kommunen til å sørge for pasient- og brukermedvirkning i forbindelse med utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste vil delvis innebære en ny oppgave på systemnivå for kommunen. Departementet antar imidlertid at de administrative og økonomiske konsekvensene vil være beskjedne for kommunene. Det foreslås ikke lovfestet en bestemt måte å organisere pasient- og brukermedvirkning på innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vil være opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan

arbeidet skal organiseres for å sikre at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

45.4.5 Klage- og tilsynsordninger

I kapittel 34 redegjøres det for klageordningen. Etter sosialtjenesteloven er Fylkesmannen klageinstans, mens Helsetilsynet i fylket er klageinstans etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. I lovforslaget foreslås Fylkesmannen som felles klageinstans for alle tjenestene, også for spesialisthelsetjenesten. Ettersom Helsetilsynet i fylket i dag er en integrert del av fylkesmannsembetet, vil en felles klageordning ikke medføre endringer som får administrative eller økonomiske konsekvenser av betydning. Departementet legger videre til grunn at det å utvide Fylkesmannens rolle til også bli klageinstans for spesialisthelsetjenesten, heller ikke vil medføre administrative og økonomiske konsekvenser av betydning.

Det å begrense klageinstansens kompetanse til å prøve kommunens frie skjønn, vil ikke innebære økte kostnader for kommunene. Dersom klageinstansens kompetanse ikke begrenses, kan kommunenes utgifter potensielt øke fordi klageinstansen kan pålegge kommunen mer kostnadskrevede tjeneste.

Forslaget i kapittel 35 om at Fylkesmannen blir felles tilsynsmyndighet på helse- og omsorgsområdet innebærer ikke behov for organisatoriske endringer. Det vil ikke innebære økonomiske konsekvenser ettersom Helsetilsynet i fylket allerede i dag er en integrert del av Fylkesmannsembetet. Det vil være de samme ressursene som benyttes på tilsyn, uavhengig av om det er Helsetilsynet i fylket eller Fylkesmannen som er tilsynsmyndighet. Med samme begrunnelse legger departementet til grunn at det å utvide Fylkesmannens rolle til også å bli tilsynsinstans for spesialisthelsetjenesten, ikke vil medføre administrative og økonomiske konsekvenser av betydning. Overføring av tilsyn med helsetjenesten fra Helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen kan gjøre det nødvendig med organisatoriske endringer i noen av fylkesmannsembetene, men departementet legger til grunn at disse endringene ikke vil medføre behov for økonomisk kompensasjon. En overføring av myndigheten til å gi pålegg innenfor sosialtjenestelovens område, fra Fylkesmannen til Statens helsetilsyn, vil ikke ha nevneverdige konsekvenser. Fylkesmennene gir i dag praktisk talt ingen pålegg.

45.4.6 Særregulering av enkelte grupper

Forslagene i kapittel 36 om tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning og forslagene i kapittel 37 om særlige tiltak overfor rusmiddel-middelavhengige, herunder tvang, videreføre gjeldende rett med enkelte mindre tilpasninger. Departementet legger til grunn at forslagene ikke har administrative eller økonomiske konsekvenser.

45.4.7 Økonomiske virkemidler og finansiering

I kapittel 38 foreslår departementet å videreføre gjeldende regler for kommunens finansieringsansvar og egenandeler.

Forslaget til regulering av økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner i kapittel 39 innebærer en videreføring og presisering av hovedregelen om at den kommunen der pasienten eller brukeren oppholder seg, skal være ansvarlig for å dekke utgiftene til tjenester og tiltak kommunen er ansvarlig for å yte. Den lovregulerte adgangen til å kreve refusjon bortfaller, men det kan gis nærmere regler om dette i forskrift. Det foreslås en forskriftshjemmel som gir mulighet til å videreføre dagens ordning. Departementet legger derfor til grunn at forslaget ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser. Før det eventuelt fremmes forslag til forskrift om videreføring av gjeldende adgang til å kreve refusjon, må økonomiske og administrative konsekvenser utredes nærmere.

Oppdaterte tall fra Norsk pasientregister viser at gjennomsnittlig antall utskrivningsklare liggedøgn i 2007-2009 var om lag 140.000, eller om lag 380 døgnplasser. Gitt en sats på 4000 kroner innebærer dette at om lag 560 mill. kroner overføres til kommunene fra 2012. Se omtale i kapittel 40.

En kommunal medfinansieringsmodell avgrenset til medisinske innleggelser eller behandlinger er anslått til om lag 4,2 mrd. kroner i 2010, inkludert poliklinisk virksomhet. De endelige økonomiske konsekvensene inngår i regjeringens arbeid med statsbudsjettet for 2012, herunder kommune-proposisjonen. Se omtale i kapittel 41.

Både kommunal medfinansiering og overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter forutsetter at relevante data om spesialisthelsetjenesten gjøres tilgjengelig for kommunene og brukes om grunnlag for økonomisk oppgjør. Norsk pasientregister (NPR) er den primære kilden til styringsdata for spesialisthelsetjenesten. Det er etablert rutiner for å kvalitetssi-

kre utbetalingene gjennom ISF-systemet. Rutinene kan utvides til å omfatte kvalitetssikring av grunnlaget for kommunal medfinansiering av somatiske behandling. Helsedirektoratet, som forvalter dagens finansieringssystemer, skal forvalte ordningen. Informasjon om aktivitetsutviklingen vil da gå fra sentrale myndigheter til kommunene, på samme måte som til spesialisthelsetjenesten i dag. Datagrunnlaget for oppgjør skal være et nasjonalt ansvar og i hovedsak ta utgangspunkt i NPR-data. Datagrunnlaget gjøres tilgjengelig for kommunene, for eksempel gjennom en nettbasert løsning hvor kommunene fortløpende kan få inn-syn i og informasjon om kostnader til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter.

Mange kommuner vil ha behov for å sikre analysekapasitet og kompetanse dersom kommunal medfinansiering skal ha ønsket effekt. Særlig for kommuner med lavt innbyggertall vil det være naturlig med kommunesamarbeid på dette området. I Danmark er det lagt til rette for automatisk betaling fra kommunene til regionene. Det er dermed ingen kostnader for kommuner og regioner forbundet med selve oppgjøret og betalingen. Den kommunale medfinansieringen er i betydelig grad håndtert som en del av den aktivitetsbaserte DRG-finansieringen. Det vil jobbes videre med å finne en betalingsordning for det kommunale finansieringsansvaret.

45.4.8 Andre temaer og forslag

Kapittel 42 omhandler meldeordning for spesialisthelsetjenesten knyttet til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. På bakgrunn av en kartlegging, anslår Statens helsetilsyn at det brukes mellom syv og åtte årsverk i Statens helsetilsyn og Helse-tilsynet i fylket for å opprettholde dagens meldeordning. I tillegg har det i de siste årene blitt brukt noen ressurser for utvikling av en elektronisk meldeordning innenfor departementets samlede ramme.

Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten har anslått at deres behov for årsverk knyttet til meldeordningen i en oppstartsfase vil være i underkant av syv årsverk og noe frem i tid i underkant av ti årsverk. Beregningen av antall årsverk tar høyde for at antall meldinger tidobles sammenliknet med dagens meldeordning (fra 2000 til 20.000 meldinger i året). Dette innebærer at en overføring av meldeordningen i liten grad vil innebære et økt behov for ytterligere årsverk enn det som allerede i dag er knyttet til ordningen. Det legges videre til grunn at det ikke vil bli behov for ytterligere investeringer hos Kunnskapsenteret

knyttet til den foreslåtte overføringen av oppgaver.

Da dagens situasjon er at det i de fleste Helse-tilsyn i fylkene bare er små deler av et helt årsverk som brukes, vil det kun være noen få årsverk som reelt sett overføres. Disse vil være knyttet til Meldesentralen og de største fylkeskontorene. En flytting av meldeordningen fra Helsetilsynet vil således medføre noe overføring av personell, i tillegg til en omdisponering av midler fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret. Det legges videre til grunn at flyttingen ikke vil svekke Helsetilsynets tilsynsmessige oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Det vises også til at Helsetilsynet har blitt tildelt ekstra ressurser i budsjettet for 2011 for å finansiere utrykningsgruppen og styrke tilsynet med spesialisthelsetjenesten. Det legges til grunn at

flytting av meldeordning ikke medfører økte kostnader for helseforetakene.

Forslaget til ny § 3-3 a og endring i tilsynsloven § 2 femte ledd er en lovfesting av den prøveordningen som ble etablert 1. juni 2010 i helseforetakene og Statens helsetilsyn. Når det gjelder helseforetakene, vil dette ikke medføre økonomiske og administrative konsekvenser. Merkostnader ved etablering av utrykningsenheten er det allerede tatt høyde for i budsjettet for 2011.

Forslagene til regulering i kapittel 43 om forebygging i spesialisthelsetjenesten og folkehelsearbeid og i kapittel 44 om tildeling av avtalehjemler for lege- og psykologspesialister, anses ikke å medføre økonomiske eller administrative konsekvenser.

46 Oppfølging og evaluering av forslagene

46.1 Forskriftsarbeid

Departementets forslag til ny lov viderefører i all hovedsak de forskriftshjemlene som følger av dagens to lover. Det vil derfor være mulig også etter ny lov å regulere tjenestenes innhold, herunder blant annet kvalitets, funksjons- og kompetansekrav.

I dag er omtrent 50 forskrifter hjemlet i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Mange av disse vil trolig bli videreført, men må gjennomgås og justeres i henhold til ny lov. Det må også lages helt nye forskrifter om utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering. Videre skal det gjøres endringer i fastlegeforskriften for å innføre funksjons- og kvalitetskrav i fastlegeordningen. Forslag til endringer i forskrifter og forslag til nye forskrifter vil bli sendt på høring etter at lovforslaget er behandlet og vedtatt av Stortinget. Det tas sikte på at reviderte og nye forskrifter skal tre i kraft samtidig med loven.

46.2 Evaluering

Enkelte høringsinstanser påpeker behovet for evaluering av samhandlingsreformen og lovforslaget. Mange kommuner anser at reformen bør evalueres. *KS* mener det bør gjennomføres «(...) en gradvis innfasing, en rekkefølgebestemmelse og følgeforskning/evaluering ved overføring av oppgaver og plikter til kommunen». *Søgne kommune* mener at det «(...) bør fastsettes milepeler for evaluering av effekten av reformen slik at utilsiktede virkninger kan bli korrigert raskt». *Stavanger kommune* påpeker «(...) viktigheten av at departementet i forkant identifiserer evalueringskriterier, d.v.s. suksessfaktorer, til bruk i evalueringen». *Helse Sør-Øst RHF – Brukerutvalget* viser til at «(...) reformens kompleksitet vil kreve kompetente prosessveiledere, følgeevalueringer og at erfaringer gjøres tilgjengelig for læring og forbedring». *Oppland Senterparti* uttaler at det er «(...) viktig at det allerede nå planlegges en evalueringsprosess slik at en tidlig kan sjekke ut om intensjonene i loven følges og at den virker etter hensikten».

Lovendringene er omfattende og omhandler grunnleggende offentlige tjenester som er nødvendige for å sikre hele befolkningens helse, trygghet og aktive deltakelse i samfunnet. Departementets forslag om ny kommunal helse- og omsorgslov innebærer en omfattende samordning av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

I all hovedsak skal gjeldende rett videreføres. Likevel må kommunens personell, og særlig de som i dag ivaretar sosiale tjenester, forholde seg til et nytt regelverk. Ved lovfestingen av kommunens ansvar og oppgaver benyttes andre og til dels mer overordnede beskrivelser for å sikre større kommunal frihet til å organisere tjenestene. Profesjonsnøytralitet tilstrebes.

Mange høringsinstanser er bekymret for at disse grunnleggende endringene vil føre til et forringet tilbud i kommunene og at det blir vanskeligere for brukere og pasienter å forstå og ivareta sine rettigheter. Departementet har, som nevnt i kapittel 14 og 15, foreslått ulike tiltak for å ivareta disse forholdene.

Det vil være behov for å følge med på om tiltakene har ønsket effekt, eller om tjenestene svekkes. Særlig blir det viktig å følge med på om kommunene sørger for kvalitet og rett kompetanse i tjenestene etter at den nye loven er trådt i kraft.

Et sentralt element ved en slik evaluering vil være å avklare om en mindre profesjonsspesifikk lovregulering og mindre detaljert regulering av kommunens måte å organisere de ulike tjenestene på, medfører en nedprioritering av tidligere lovpålagte profesjonsspesifikke tjenester. Det vil videre være viktig å avklare om manglende profesjonsangivelse i loven får som konsekvens at kommunene velger å ansette personell uten nødvendig fagkompetanse i ulike deltjenester. Dersom evalueringen bekrefter en slik utvikling, vil departementet vurdere egnede tiltak.

Etter departementets oppfatning vil forskningsbasert kunnskap være en viktig del av beslutningsgrunnlaget for nasjonal implementering av samhandlingsreformen. Det er viktig at en så omfattende politisk satsing følges tett, slik at det sikres en evaluering av måloppnåelse og virke-

middelbruk, samt kartlegging og analyser av effekter av samhandlingsreformen.

Tiltak knyttet til oppfølgingen av samhandlingsreformen bør etter departementets vurdering underlegges enten følgeforskning eller forskningsbasert evaluering for å fange opp effekter av tiltakene og deres virkemidler. Dette gjelder blant annet de tiltakene som gjennomføres etter søknad over kap 761 post 21 (tilskudd til lokalmedisinske sentre, kommunesamarbeid mv.), tiltak mellom tjenestenivåene og innad i samme tjenestenivå og andre samhandlingstiltak som ikke får støtte gjennom nevnte tilskudd. Evaluering av tiltak gjennom følgeforskning eller effektevaluering vil gi departementet og tjenesten viktig og nødvendig kunnskap om de ulike tiltakene og virkemidlene, som både kan bidra til å korrigere kursen og gi et sterkere forskningsbasert kunnskapsgrunnlag. Dette vil også bidra til å sikre overføringsverdi av kunnskap som utvikles ved lokale tiltak og derved mer verdi av de tiltakene som iverksettes.

Norges forskningsråd har i 2011 fått oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å starte planleggingen av en følgeevaluering av samhandlingsreformen, med sikte på at man kan iverksette en følgeevaluering av reformen fra implementering av reformen i 2012. Evalueringen vil være viktig for å vurdere effekten av ulike virkemidler, her-

under juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige. En følgeevaluering vil både gi nyttig informasjon gjennom planperioden for den nasjonale helse- og omsorgsplanen og være et grunnlag for mulige justeringer i virkemiddelbruk.

Følgeevalueringen vil også danne grunnlag for å evaluere effekten av de endringer som gjøres i forhold til om målsettingene med reformen og nytt lovverk er oppnådd etter noe tid. Det vil eksempelvis normalt være hensiktsmessig at lover og reformer virker i noen år før det konkluderes i et evalueringsarbeid med om formålene er oppnådd. Det samme er tilfellet for samhandlingsreformen og forslaget om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vil her være naturlig å undersøke eksempelvis:

- Hvilke konsekvenser har harmoniseringen av lovverket fått for helsetjenesten og for sosialtjenesten?
- Er det endringer i tjenestetilbudet og oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene?
- Hvordan fungerer avtaleinstituttet mellom helseforetakene og kommunene?
- Konsekvensene av å ha profesjonsnøytral lov.

Departementet vil i planperioden (2011-2015) orientere Stortinget om dette arbeidet i de årlige budsjettene.

Del XI
Merknader til lovforslagene

47 Merknader til forslag om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester erstatter og harmoniserer dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, slik at det lovmessige skillet mellom helse- og sosiale tjenester oppheves. Dette innebærer at den del av dagens sosialtjeneste som er regulert i sosialtjenesteloven, blir en del av helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å bidra til å sikre gjennomgående og koordinerte tilbud til pasienter og brukere. I forslaget videreføres pasienters og brukeres rettigheter etter dagens lovverk på dagens nivå, men samles og reguleres i pasientrettighetsloven hvor tittelen også foreslås endret til pasient- og brukerrettighetsloven. I all hovedsak videreføres derfor gjeldende bestemmelser.

Som ledd i harmoniseringen er ny regulering ikke alltid identisk med dagens ordlyd. De vurderingene som ligger bak slike endringer er omtalt i proposisjonens ulike kapitler. Enkeltstående bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er verken videreført eller erstattet. Departementet har blant annet ikke funnet det nødvendig eller hensiktsmessig å lovfeste at kommunen skal ha anledning til å organisere ergoterapi og bedriftshelsetjeneste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd første punktum. Dette vil kommunene kunne velge å gjennomføre også uten lovregulering. Det samme gjelder §§ 6-4 og 6-5 i samme lov om voldgift og megling. Eksempler på slike bestemmelser fra sosialtjenesteloven er § 2-1 fjerde ledd om at kommunen kan delegere myndighet til et interkommunalt organ eller en annen kommune, § 7-5 tredje til femte ledd med regler om budsjett og avtale ved boliger med heldøgns omsorgstjenester samt § 8-1 tredje ledd om forvaltningslovens anvendelse.

Kapittel 1. Formål og virkeområde

Til § 1-1 Lovens formål

Generelle merknader er gitt i punkt 7.3. Bestemmelsen er ny og skal gi uttrykk for lovens formål

og presiserer et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålsbestemmelsen kombinerer innholdet i gjeldende sosialtjenestelov § 1-1, kommunehelsetjenestelov § 1-2 og spesialisthelsetjenestelov § 1-1. Departementet vil også påpeke at det i sameloven er fastsatt bestemmelser som kan ha betydning for hvordan kommunen tilrettelegger sine helse- og omsorgstjenester for samiske pasienter og brukere. Det er viktig at samiske hensyn og rettigheter etter sameloven også ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. også § 3-10 fjerde ledd.

Til § 1-2 Lovens virkeområde

Generelle merknader er gitt i punkt 7.4.

Første ledd definerer lovens virkeområde til å være helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private med avtale med kommunen når ikke annet følger av de enkelte bestemmelser i loven, se . Dette omfatter all helse- og omsorgstjeneste organisert i kommunal regi. Private tilbydere av helse- og omsorgstjenester er ikke omfattet av denne loven, dersom det ikke følger av særskilte bestemmelser i loven, se § 3-1 fjerde ledd. Virkeområdet gjelder i all hovedsak kommunens plikter. Pasient- og brukerrettigheter er foreslått regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2.

Andre ledd gir departementet kompetanse til å gi forskrift om hva som er helse- og omsorgstjenester etter denne loven.

I *tredje ledd* er Kongen gitt kompetanse til å gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

Kapittel 2. Forholdet til andre lover

Til § 2-1 Forholdet til helsepersonelloven

Helsepersonelloven er nærmere omtalt i proposisjonens punkt 9.3 og kapittel 10. Forslaget innebærer at helsepersonelloven i utgangspunktet

skal gjelde for alt personell som yter helse- og omsorgstjenester etter denne loven.

Endringen vil medføre at personell som arbeider innenfor de samme og tilstøtende felt vil ha like plikter. Personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven vil derfor i utgangspunktet omfattes av helsepersonellovens bestemmelser, herunder bestemmelser om krav til forsvarlig yrkesutøvelse og krav til taushetsplikt.

For personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven, vil endringen medføre en utvidelse og klargjøring av plikter i forhold til tjenestetøvelsen og den enkelte tjenestemottaker.

Forslaget til endring vil omfatte bare en begrenset del av det personell som i dag er ansatt i sosialtjenesten. Endringen vil kun gjelde det personell som yter tjenester etter lovforslaget her, og ikke personell som faller inn under lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Bestemmelsens *andre punktum* gir departementet hjemmel til i forskrift å kunne gjøre unntak fra eller gjøre særskilte tilpasninger til enkelte bestemmelser i helsepersonelloven for personell som ikke er helsepersonell og som yter helse- og omsorgstjenester. Det vil for eksempel være mulig å gi nærmere bestemmelser om personellets dokumentasjonsplikt, herunder hvilke opplysninger som skal anses som nødvendige opplysninger. I forskriften vil det for eksempel også kunne gis bestemmelser om at personer som mottar omsorgslønn etter lovforslaget § 3-6 ikke skal anses som personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester.

Til § 2-2 Forholdet til forvaltningsloven

Generelle merknader er gitt i kapittel 11.

Bestemmelsen innebærer at forvaltningsloven som hovedregel skal gjelde for kommunens virksomhet. Kommunen må i sin virksomhet følge reglene i forvaltningsloven, hvis ikke den nye loven eller pasient- og brukerrrettighetsloven regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte.

Forholdet til forvaltningslovens regler om enkeltvedtak er regulert i pasient- og brukerrrettighetsloven § 2-7. Etter denne bestemmelsen skal forvaltningsloven kapittel IV og V som utgangspunkt ikke gjelde for vedtak som treffes etter pasient- og brukerrrettighetsloven kapittel 2, men det er foreslått særlige regler for vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, § 3-6 og § 3-8. Disse bestemmelsene gjelder tjenester som i dag er

regulert i sosialtjenesteloven, i tillegg til helsetjenester i hjemmet og plass i sykehjem. Etter forslaget skal forvaltningsloven kapittel IV og V komme til anvendelse ved tildeling og bortfall av slike tjenester hvis tjenestene forventes å vare lenger enn to uker, jf. merknadene til pasient- og brukerrrettighetsloven § 2-7.

Når det gjelder klagebehandling, er det foreslått endringer i pasient- og brukerrrettighetsloven kapittel 7, jf. merknadene til §§ 7-1 til 7-6.

Kapittel 3. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Til § 3-1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Generelle merknader er gitt i kapittel 12.

Første ledd er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd og sosialtjenesteloven § 10-1 første ledd. Begrepet «sørge-for» pålegger kommunen ansvaret for at tjenestene etter denne loven gjøres tilgjengelig for de som har rett til å motta tjenestene. Kommunen har ansvaret for å tilby disse tjenestene til de personer som oppholder seg i kommunen. Det innebærer at ansvaret også omfatter personer som kun oppholder seg kortvarig i en kommune, for eksempel i forbindelse med ferie. Avhengig av tjenestetype må det kreves en viss varighet av oppholdet for at kommunens plikt til å yte tjenester skal inntre. For eksempel vil kommunen ikke ha plikt til å yte tjenester til en person som har bosted og oppholder seg i en kommune, og som reiser over kommunegrensen kun i den hensikt å få helse- og omsorgstjenester fra nabokommunen.

I *andre ledd* presiseres det at «nødvendige helse- og omsorgstjenester» omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Tredje ledd er en videreføring av gjeldende rett og fremhever kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a og de grunnleggende kravene til styring som i dag fremgår av blant annet internkontrollforskriften. For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter.

Departementet vil også påpeke at det i sameloven er fastsatt bestemmelser som kan ha betydning for hvordan kommunen tilrettelegger sine helse- og omsorgstjenester for samiske pasienter

og brukere. Det er viktig at samiske hensyn og rettigheter etter sameloven også ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. også § 3-10 fjerde ledd.

Fjerde ledd er en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 1-1 andre ledd, jf. også sosialtjenesteloven § 2-1 første ledd. Det gir en negativ avgrensning av det saklige området for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Denne omfatter all offentlig organisert helse- og omsorgstjeneste som ikke ved lov er lagt til fylkeskommune eller stat. Privat drevet helse- og omsorgstjeneste på områder som kommunen har ansvaret for, jf. første ledd, omfattes også av det kommunale ansvar når dette skjer etter avtale med kommunen, jf. femte ledd.

Femte ledd presiserer at de tjenester som kommunen har ansvaret for å gjøre tilgjengelige for de som har rett til å motta tjenester, jf. første ledd, enten kan utføres av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale om dette med andre offentlige eller private tjenesteytere. Det er likevel slik at det er kommunen som har det overordnede ansvaret for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud, enten kommunen yter tjenesten selv eller om tjenestene ytes av andre. *Andre punktum* fastslår at avtaler om å yte tjenester for kommunen ikke kan overdras, og er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4-1 siste ledd.

Til § 3-2 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Generelle merknader er gitt i kapittel 15. Bestemmelsene i § 3-2 viderefører i all hovedsak gjeldende rett etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. De spesielle merknadene nedenfor må derfor leses i sammenheng med kapittel 13 om gjeldende rett, samt kapittel 14 hvor departementet har vurdert enkelte overordnede problemstillinger knyttet til valg av reguleringsform, herunder valg av en overordnet og profesjonsnøytral lovregulering av kommunens plikter.

Bestemmelsen i § 3-2 angir de helse- og omsorgstjenester kommunen som et minimum plikter å sørge for. Bestemmelsen må sees i sammenheng med lovforslaget § 3-1 om kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester. Av denne bestemmelsens første ledd fremgår at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys «nødvendige helse- og omsorgstjenester».

Første ledd angir de tjenester kommunene har ansvaret for å tilby for å oppfylle sørge-for-ansvaret i henhold til lovforslaget § 3-1. Kommunens

konkrete plikter etter § 3-2 første ledd er konkretisert i seks nummeralternativer.

Det presiseres at grensene mellom de seks nummeralternativene ikke vil være skarpt avgrenset og at de kan overlappe hverandre til en viss grad. For eksempel vil det i konkrete situasjoner kunne diskuteres om en type tjeneste mest riktig er å kategorisere som «utredning, diagnostisering og behandling» etter nummer 4 eller «habilitering eller rehabilitering» etter nummer 5.

Videre presiseres at nummeropplistingen er profesjonsnøytral. Kommunens helse- og omsorgspersonell vil normalt yte tjenester som er omfattet av flere av bestemmelsens nummeralternativer. For eksempel vil leger, sykepleiere og fysioterapeuter kunne yte tjenester omfattet av de fleste nummeralternativer, enten alene eller i samarbeid med annet personell.

Departementet vil videre presisere at nummeropplistingen gjelder for tjenester som ytes til alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne, jf. lovforslaget § 3-1 andre ledd.

Nummer 1 omhandler kommunens plikt til å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. For nærmere omtale, se punkt 15.5.2 og punkt 17.6.1.

Bestemmelsen tilsvarende kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nummer 1, samt sosialtjenesteloven § 4-1, jf. § 3-1.

Kommunen har ansvar for å forebygge både somatisk og psykisk lidelse. Det er ikke tilstrekkelig med en rent helsefaglig eller medisinsk tilnærming. Kommunen skal også sikre en helhetlig og sosialfaglig tilnærming til arbeidet.

De konkrete lovpålagte forebyggende helse- og omsorgstjenestene er helsetjeneste i skoler, *bokstav a*, og helsestasjonstjeneste, *bokstav b*. Kommunen kan også etablere andre forebyggende tjenestetilbud. Helsefremmende og forebyggende tiltak i andre deler av av helse- og omsorgstjenesten, herunder opplysning, råd og veiledning, er regulert i § 3-3 første ledd.

Nummer 2 omhandler svangerskaps- og barse-lomsorgstjenester. For nærmere omtale, se punkt 15.5.3.

Svangerskaps- og barse-lomsorgstjenester vil omfatte tjenester som tidligere var omfattet av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 5, men vil også omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd, jf. særlig nr. 1 og nr. 2. Tjenestene vil også være en del av de forebyggende helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Svangerskapskontroll, som er den mest sentrale oppgaven, kan utføres av fastlege, jordmor eller av privatpraktiserende jordmor med driftsavtale med kommunen. Hjemmefødsler og følgetjeneste er ikke et kommunalt ansvar.

Når det gjelder nærmere omtale av svangerskaps- og barselomsorgstjenester, vises det også til kapittel 17, og spesielt punkt 17.6.2.1.

Nummer 3 omhandler hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. For nærmere omtale, se punkt 15.5.4.

Bestemmelsen tilsvare kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nummer 5, jf. også § 1-3 andre ledd, nr. 2 og nr. 7. Det vises til punkt 13.2.3 for nærmere redegjørelse av gjeldende rett.

Bokstav a omfatter legevakt. Den kommunale legevaktordningen skal være en organisert virksomhet som skal sikre befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Legevaktordningen skal bestå av et fast legevaktnummer, legevaktsentral og lege i vaktberedskap. Kommunal legevakt er en integrert del av allmennlegetjenesten og utgjør sammen med medisinsk nødmedietjeneste og ambulansetjenesten den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus. Legevaktens tjenester kan ikke sees isolert fra fastlegeordningen og andre tjenester.

Bokstav b nevner heldøgns medisinsk akuttberedskap. Dette inngår som en integrert del av legevaktens virksomhet, samtidig som legevakt også håndterer situasjoner som ikke nødvendigvis fremstår som «akutte».

Bokstav c nevner medisinsk nødmeldetjeneste. Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten.

Ifølge § 7 i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, har kommuner og regionale helseforetak gjensidig ansvar for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester. Regionale helseforetak har i tillegg ansvar for samarbeid med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med brannvesen, politi, hovedredningssentral og andre samarbeidspartnere, og for fastsettelse av hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar og hvilke AMK-sentraler som skal ha mottak av medisinsk nødnummer i regionen.

Dagens kommunikasjonsnett for nødsamband for kommunene og de regionale helseforetakene, helse-radionettet, er under avvikling og skal erstattes av et nytt felles digitalt nødnett for helse- og

omsorgstjenesten, brannvesenet og politiet i løpet av noen år. Kommunene er forpliktet, jf. krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i forskrift nr. 252 av 18. mars 2005, til å ta det nye nødsambandet i bruk.

Nummer 4 omhandler utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning.

Bestemmelsen er nærmere omtalt i punkt 15.5.5. Forslaget til lovfesting av det kommunale ansvaret for utredning, diagnostisering og behandling er en videreføring av gjeldende rett.

Bestemmelsen tilsvare dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nummer 2, jf. også § 1-3 andre ledd nummer 1 og nummer 3 til nummer 6. Departementet viser til punkt 13.2 for redegjørelse av gjeldende rett, særlig punkt 13.2.2, samt punkt 13.2.5 og punkt 13.2.8.

Plikten til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester er ikke begrenset til å gjelde de deltjenestene som er listet opp i dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. Tjenestene omfatter blant annet både somatiske og psykiske lidelser. Kommunene må selv sørge for en bemanning som tilsier at kommunen kan yte forsvarlige tjenester ut fra lokale forhold og behov.

Kommunenes plikt etter bestemmelsen er begrenset oppad mot spesialisthelsetjenesten, og begrenset i forhold til hva som naturlig må anses som det offentliges oppgaver.

Fastlegen har ansvar for allmennlegetilbudet til personer på sin liste, herunder for øyeblikkelig hjelp til disse på dagtid. Det er redegjort nærmere for fastlegeordningen og fastlegenes rolle i kapittel 19.

Som nevnt blant annet i punkt 14.2, vil en rekke personellgrupper foreta utredning, diagnostisering og behandling omfattet av bestemmelsen, for eksempel fysioterapeuter, sykepleiere, kiropraktorer m.fl. Utredning, diagnostisering og behandling vil også skje innenfor ulike arenaer, for eksempel ved legevakt, hos fastlegen, i hjemmet eller på institusjon.

Bestemmelsen er generelt utformet. Det fremgår av ordlyden at bestemmelsen ikke er uttømmende, og at fastlegene ikke er den eneste personellgruppen som kan foreta utredning, diagnostisering og behandling, jf. bruk av begrepet «herunder». Når departementet har valgt å lovfeste «fastlegeordningen», er det fordi dette er betegnelsen på en etablert nasjonal organisasjonsmodell som skal videreføres.

Nummer 5 omhandler sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. For nærmere omtale, se punkt 15.5.6.

Bestemmelsen tilsvarende dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 3 (medisinsk habilitering og rehabilitering), jf. også § 1-3 andre ledd nr. 3 (fysioterapitjeneste) og nr. 4 (sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie). Videre tilsvarende tjenesten deler av dagens bestemmelser i sosialtjenesteloven § 1-1 bokstav b), § 4-1, § 4-2 bokstav a og bokstav c og § 6-1. Når det gjelder for gjeldende rett, vises det til punkt 13.2.4, 13.2.5 og 13.2.8. Plikten i forskrift om habilitering og rehabilitering til å ha koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er tatt inn i lovforslaget § 7-3.

Kommunen skal sikre nødvendig tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringssevne, likeverd og deltagelse. Kommunene skal opprettholde den sosialfaglige tilnærmingen for å sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengige.

Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. Rehabilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/eller funksjonsproblemer.

Nummer 6 omhandler andre helse- og omsorgstjenester og gir eksempler på dette i bokstavene a til og med d. For nærmere omtale, se punkt 15.5.7.

Tjenester omfattet av lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6 vil, i større grad enn tjenestene som er omfattet av bestemmelsens nr. 1 til nr. 5, bestå av en blanding av tradisjonelle helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven og tjenester etter sosialtjenesteloven.

Fellesbetegnelsen «andre helse- og omsorgstjenester» er valgt for å samle de tjenestene som i dag ofte omtales som pleie- og omsorgstjenesten, og som på ulike måter ofte er organisert sammen i kommunene. Samtidig er inndelingen valgt for å gjøre det enkelt å skille tjenestene i forhold til saksbehandlingsregler, regler om bruk av tvang og egenbetalingsregler. Det skal for eksempel i utgangspunktet fattes enkeltvedtak etter forvaltningslovens regler for alle typer tjenester etter § 3-2 nr. 6.

Bokstav a omfatter «helsetjenester i hjemmet». Med dette siktes det til ulike helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten. Det er ikke innført noen rettslige grenser for omfang og type tjenester

som kan ytes hjemme. Dette vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering. Helse-tjenester i hjemmet vil i første rekke omfatte sykepleie (hjemmesykepleie). I tillegg kan ergoterapi, fysioterapi og fotterapi være aktuelle tjenester.

Bokstav b omfatter «personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt». Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4-2 bokstavene a og c. Det nærmere innholdet av bestemmelsen fremgår av punkt 15.5.7.3.

Bestemmelsen omfatter hjelp til egenomsorg og personlig stell og det som i dag omtales som personrettet praktisk bistand. Videre omfattes hjemmehjelp og annen hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen, for eksempel innkjøp av varer, matlaging og vask av klær m.v. Det er et formål å bidra til å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpent i dagliglivet, og tjenesten skal hvis det er hensiktsmessig, også innebære opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål.

Bistand til å delta i fritidsaktiviteter omfattes også. Støttekontakt er nevnt i lovteksten som et eksempel på én måte å gi personlig assistanse på til deltagelse i fritidsaktiviteter. Personlig assistanse kan også organiseres som bistand til organisert deltagelse i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettelagt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon. Formålet er å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid og samvær med andre.

Bokstav c omfatter «plass i institusjon, herunder sykehjem». Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 6: sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie og sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d: plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker (i forskrift definert som aldershjem og bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsboliger).

Lovteksten er ikke begrenset til disse institusjonstypene. En videreutvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan innebære at kommuner ønsker å bygge opp andre kommunale institusjoner, for eksempel for å oppfylle kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter loven § 3-5.

Sykehjemmene har en sentral plass i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En plikt for kommunen til å ha sykehjem fremgår derfor av lovteksten.

Bokstav d omfatter «avlastningstiltak». Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenes-

teloven § 4-2 bokstav b. Det nærmere innholdet av bestemmelsen fremgår av punkt 15.5.7.3.

Avlastningstiltak er tilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastningstiltak skal hindre overbelastning, gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie og mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. Avlastning kan gis ut fra ulike behov og organiseres på ulike måter. Tjenesten kan tilbys i eller utenfor hjemmet, i eller utenfor institusjon og skal omfatte et forsvarlig tjenestetilbud for personen som har omsorgsbehovet.

Andre ledd gir Kongen i statsråd hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene omhandlet i § 3-2 første ledd. Se nærmere omtale i punkt 15.6.1 og 15.6.4.

Bestemmelsen er en delvis videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 femte ledd og sosialtjenesteloven § 2-1 tredje ledd, med unntak av at det ikke lenger er anledning til å gi bestemmelser om tjenestenes organisering. Hjemmelen gir mulighet til å fastsette innholdsmessige krav for at tjenestetilbudet skal kunne anses som institusjon etter første ledd nr. 6 bokstav c. Se også forslag til helsepersonelloven § 3 fjerde ledd.

Etter bestemmelsen er det også adgang til å fastsette kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Tredje ledd er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 siste ledd og gir departementet hjemmel til å gi forskrift om fastlegeordningen, herunder om adgangen til suspensjon av ordningen. Nytt med lovforslaget er at det presiseres at departementet i forskrift kan gi bestemmelser om kvalitets- og funksjonskrav for fastleger. Se nærmere omtale i kapittel 19.

Fjerde ledd fastslår at departementet kan gi forskrift om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Bestemmelsen er omtalt i punkt 14.4.3 og er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd og sosialtjenesteloven § 7-10. Departementet vil blant annet kunne regulere hvordan tildeling av avtalehjemler for privat praksis skal foregå og hvilke kriterier og avtalevilkår som skal gjelde. Presiseringen av at det blant annet kan gis kvalitets- og funksjonskrav er ny, men innebærer ingen endret rettstilstand. Det samme gjelder presiseringen av at forskriftene vil kunne regulere private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

Til § 3-3 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Bestemmelsen viderefører deler av kommunehelsetjenesteloven §§ 1-2, 1-3 og 1-4 og 1-3 og sosial-

tjenesteloven § 3-1. Det vises til kapittel 17 for nærmere omtale.

Bestemmelsen tydeliggjør sammen med § 3-2 første ledd nr. 1 kommunens ansvar for å fremme helse og forbygge sykdom, skade og sosiale problemer, og at disse oppgavene er en del av nødvendige og forsvarlige tjenester, jf. §§ 3-1 og § 4-1. Helse- og omsorgstjenesteloven legger til rette for økt innsats tidlig i utviklingsforløpet av sykdom og sosiale problemer, herunder forebygging og tidlig intervensjon. Forebygging i helse- og omsorgstjenestene innebærer at kommunen iverksetter tiltak på riktig tidspunkt i et utviklingsforløp av en sykdom eller lidelse i forhold til hva som er mest effektivt for helseutfall, sosiale problemer og for å spare lidelser.

Forebyggende innsats er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven som tre oppgaver:

1. Egne helsefremmende og forebyggende tjenester (helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skoler), jf. ovenfor om § 3-2 første ledd nr. 1.
2. Forebyggende innsats som en del av alle kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. § 3-3 første ledd.
3. Helse- og omsorgstjenestenes bidrag i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, jf. § 3-3 andre ledd.

Egne helsefremmende og forebyggende tjenester som helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste, eventuelt andre forebyggende tjenestetilbud, er nærmere omtalt i spesialmerkene til § 3-2, og i punkt 15.5.2 og punkt 17.6.2.

Første ledd fastslår at alle deler av helse- og omsorgstjenesten, ikke bare de helsefremmende og forebyggende tjenestene som fremgår av § 3-2 første ledd nr. 1, har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Også helse- og omsorgstjenestene etter § 3-2 første ledd nr. 2 til 6 har ansvar for å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer som en del av sin ordinære virksomhet.

Opplysning, råd og veiledning er en del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet som videreføres i § 3-3 første ledd fra både kommunehelsetjenesteloven § 1-2 og sosialtjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Opplysning, råd og veiledning er en viktig del av det forebyggende arbeidet og omfatter oppsøkende virksomhet overfor utsatte grupper, samt opplysningsvirksomhet, rådgivnings- og veiledningstjenester. Det er ikke tilstrekkelig med en medisinsk tilnærming. Kommunen skal også sikre en helhetlig og sosialfaglig tilnærming til arbeidet.

Kommunens ansvar for å gi opplysning, råd og veiledning må sees i sammenheng med den rett

den enkelte pasient eller bruker har til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. pasientrettighetsloven § 3-1.

Forsvarlighetskravet etter loven § 4-1 vil gjelde også for kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. God praksis er at kommunen i sin virksomhet driver sine helse- og omsorgstjenester på en slik måte at det sikrer flest mulig leveår med god helse. Dette innebærer at det kan være uforsvarlig dersom kommunens utøvelse av tjenestene innebærer vesentlige avvik fra god praksis. Helse- og omsorgstjenestene skal systematisk planlegges og styres på en slik måte at det ikke avviker fra god praksis.

Andre ledd tydeliggjør at helse- og omsorgstjenestene også har oppgaver i folkehelsearbeidet. Bestemmelsen må sees i nær sammenheng med folkehelseloven. Deler av helse- og omsorgstjenestens forebyggende arbeid vil være folkehelsearbeid, og er dermed overlappende med lov om folkehelsearbeid. For nærmere beskrivelse av forholdet mellom forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, og forholdet mellom disse to lovene vises til punkt 9.11 og Prop. 90 L (2010-2011) Om lov om folkehelsearbeid.

Helse- og omsorgstjenesten skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 andre ledd bidra med kunnskap om helseutfordringer, dvs. helsetilstand og forhold som påvirker denne, som en del av kommunens ansvar for å ha oversikt over sine helseutfordringer, jf. folkehelseloven § 5. Denne plikten må sees i sammenheng med krav om forsvarlige tjenester, herunder krav om å iverksette tiltak der det gir størst effekt i forhold til befolkningens helse. At oversikten skal inneholde kunnskap fra helse- og omsorgstjenesten, er nærmere konkretisert i folkehelseloven § 5 første ledd bokstav b.

Ofte vil kunnskap fra kommunens egen helse- og omsorgstjeneste være av mer kvalitativ art og komplementær i forhold til de opplysninger kommunen får fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommuner som kan være av mer kvantitativ art, for eksempel statistikk. Blant annet vil helse- og omsorgstjenesten kunne bidra med kunnskap fra skolehelsetjenesten om utfordringer knyttet til ungdomsmiljøer, helsestasjonen kan identifisere spesielle utfordringer knyttet til etniske minoriteter, legetjenesten kan fange opp bekymringer om nærmiljøet mv.

Oversikten etter § 5 i folkehelseloven skal også danne grunnlag for planlegging og utforming av tjenesten. Oversikt over helsetilstanden i kommunens befolkning og faktorer som påvirker denne, vil bidra til å synliggjøre dagens behov for tjenester

og til å foreta fremskrivninger av behov for helse- og omsorgstilbud, herunder innretning og omfang av det helsefremmende og forebyggende arbeidet i tjenesten, jf. § 3-1 og 3-3 første ledd.

Helse- og omsorgstjenesten skal også bidra med kompetanse og kapasitet til kommunens folkehelsearbeid. Dette omfatter for eksempel helsefaglig kompetanse slik som epidemiologi og kunnskap om årsakssammenhenger mellom påvirkningsfaktorer og helseutfall.

Boligsosiale forhold, for eksempel bostedsløshet, er en bakenforliggende påvirkningsfaktor for helse på samme måte som arbeidsledighet og lignende.

Av bestemmelsens *tredje ledd* fremgår at helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det. Bestemmelsen viderefører sosialtjenesteloven § 3-1 fjerde ledd og er omtalt i punkt 15.5.2.3, jf. Ot.prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v.

Bestemmelsen sier ikke noe om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for blir iverksatt, men gir tjenesten anledning til å utvise nytenking og kreativitet med sikte på å finne frem til formålstjenlige virkemidler tilpasset spesielle befolkningsgrupper og lokale behov. Tiltakene må dessuten tilpasses aktivitetene til andre offentlige sektorer, private organisasjoners tilbud og kommunens økonomi. I mange tilfeller vil det være naturlig å samarbeide med andre instanser om passende tiltak, for eksempel barnevern, skolemyndighetene og kultursektoren.

Departementet vil også påpeke at det i sameloven er fastsatt bestemmelser som kan ha betydning for hvordan kommunen tilrettelegger sine helse- og omsorgstjenester for samiske pasienter og brukere. Det er viktig at samiske hensyn og rettigheter etter sameloven også ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. også § 3-10 fjerde ledd.

Til § 3-4 Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Generelle merknader er gitt i punkt 12.7.5.

Første ledd er en delvis videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a og sosialtjenesteloven § 3-2. Det presiseres at kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd også innebærer en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike del-tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Andre ledd er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-4 fjerde ledd. I første ledd forpliktet kommunen til å legge til rette for samarbeid både innad i kommunen og med andre aktører, mens i andre ledd forpliktet kommunen til å samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat. Et slikt samarbeid er påkrevet for at man skal være i stand til å gi pasienter og brukere og befolkningen generelt en best mulig helse- og omsorgstjeneste.

Til § 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Generelle merknader er gitt i kapittel 16. Bestemmelsen første og andre ledd viderefører kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 5 og kodifiserer gjeldende rett for sosialtjenestens del, mens tredje og fjerde ledd er nye.

Første ledd innebærer at kommunen har et ansvar for å straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Det er en forutsetning for at kommunen skal yte hjelpen, at kommunen er i stand til å gi en forsvarlig behandling eller annen hjelp som er forsvarlig. Dersom kommunen ikke er i stand til å yte den hjelpen pasienten eller brukeren har behov for, må vedkommende henvises videre til den eller de som er i stand til å gi den hjelpen som er nødvendig. Når det gjelder helsehjelp vil det være en medisinskfaglig vurdering som må ligge til grunn for om kommunen har forutsetninger for å yte hjelpen eller om pasienten må henvises videre. I sistnevnte tilfeller vil pasienten normalt måtte henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

Andre ledd er en speiling av spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Kravet om at kommunen skal vite at den alternative hjelpen vil bli ytet, innebærer at den ansvarlige i kommunen må ha fått forsikring om at andre vil yte hjelpen. Det er ikke tilstrekkelig at den ansvarlige antar, tror eller håper at annen hjelp vil bli ytet. Vedkommende i kommunen som er eller har vært i kontakt med pasienten eller brukeren, må subjektivt sett være overbevist om at vedkommende vil motta øyeblikkelig hjelp av andre. Med «andre» tas særlig sikte på spesialisthelsetjenesten. Men det kan også tenkes andre tjenesteytere, for eksempel tannlege.

I *tredje ledd* gis kommunen en plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten til å tilby døgnopphold gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen selv har muligheten

til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Dette følger allerede av første ledd, men av pedagogiske årsaker blir det gjentatt her. Plikten innebærer altså at pasienter og brukere som kommunen etter første ledd har et ansvar for å tilby øyeblikkelig hjelp, får hjelp også når det er behov for døgnopphold. Kommunen har følgelig en plikt til å sørge for døgnopphold ved behov for øyeblikkelig hjelp. Omfanget og innholdet av tjenestene, er opp til kommunen selv å bestemme. Hvordan tilbudet er innrettet og omfanget av tilbudet vil være avgjørende i vurderingen av om pasienten eller brukeren kan få en forsvarlig behandling i kommunen eller må henvises videre til andre.

Det tas sikte på at bestemmelsen skal tre i kraft 1. januar 2016.

Til § 3-6 Omsorgslønn

Bestemmelsen er nærmere omtalt i punkt 13.3.8 og 15.5.12. Den er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav e, jf. Ot.prp. nr. 29 (1990-91) *Om lov om sosiale tjenester m.v.* Bestemmelsen pålegger kommunen å ha tilbud om omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

Til § 3-7 Boliger til vanskeligstilte

For nærmere omtale vises til punkt 13.3.2 og 15.5.13. Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 3-4, jf. Ot.prp. nr. 29 (1990-91) *Om lov om sosiale tjenester m.v.*, men med den forskjell at «sosialtjenesten» er erstattet med «kommunens helse- og omsorgstjeneste».

Til § 3-8 Brukerstyrt personlig assistanse

Bestemmelsen er omtalt i punkt 13.3.4. og 15.5.15. Den er en videreføring av gjeldende rett etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a, jf. Ot.prp. nr. 29 (1990-91) *Om lov om sosiale tjenester m.v.*

Brukerstyrt personlig assistanse er en måte å organisere «praktisk bistand og opplæring» på, jf. lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.

Kommunene har plikt til å ha ordningen, men avgjør selv, innenfor rammen av kravet til nødvendige omsorgstjenester, hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker, og om tjenesten skal gis som brukerstyrt personlig assistanse. Kommunene skal i vurderingen legge stor vekt på brukernes behov og ønsker. I vurderingen vil det for eksempel kunne være relevant å ta hensyn til hvordan disse tjenestene kan bidra til å legge til rette for deltakelse i arbeidslivet, ivaretagelse av

foreldreoppgaver i familier med barn med nedsatt funksjonsevne og lignende.

Tjenestene som er organisert som brukerstyrt personlig assistanse skal være reelt brukerstyrt, jf. forslag til endringer i pasientrettighetsloven § 3-1 andre ledd hvor det fremgår at det skal legges stor vekt på hva brukeren mener ved utformingen av tjenestetilbudet.

Til § 3-9 Helse- og omsorgstjenester for innsatte i anstalter i kriminalomsorgen

Bestemmelsen er omtalt i punkt 15.5.11. Den er en videreføring av gjeldende rett etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 bokstav e, jf. punkt 13.2.10.

Til § 3-10 Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner

Generelle merknader er gitt i kapittel 33. Bestemmelsen er ny for kommunehelsetjenesten, men innebærer en videreføring av sosialtjenesteloven § 3-3, der det fremgår at sosialtjenesten «bør samarbeide med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som sosialtjenesten.»

Bestemmelsen skal sikre pasient- og brukerrinnflytelse innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og er bygd opp etter modell av den ordning som gjelder i spesialisthelsetjenesten, jf. helseforetaksloven § 35. Departementet vil også påpeke at det i sameloven er fastsatt bestemmelser som kan ha betydning for hvordan kommunen tilrettelegger sine helse- og omsorgstjenester for samiske pasienter og brukere. Det er viktig at samiske hensyn og rettigheter etter sameloven også ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Etter bestemmelsens *første ledd* gis kommunen en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste.

Det foreslås også at kommunene plikter å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattes av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter, jf. *andre ledd*.

Bestemmelsene skal sikre pasient- og brukerrinnflytelse på systemnivå innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Lovforslaget regulerer ikke hvordan og på hvilket nivå det skal etableres systemer for denne type pasient- og brukerrinnflytelse. Det vil være opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal

organiseres, og hvilke systemer som må etableres for å sikre innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Hvilke systemer som er mest hensiktsmessige vil kunne variere mellom kommuner og mellom ulike virksomheter.

Av bestemmelsens *tredje ledd* følger at helse- og omsorgstjenestens bør samarbeide med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. Bestemmelsen skal videreføre sosialtjenesteloven § 3-3. Bestemmelsen sier ikke noe bestemt om hva det skal samarbeides om. I praksis vil det ofte være aktuelt å samarbeide om forebyggende tiltak eller grupperettede tiltak, men også når det gjelder tiltak for enkeltpersoner kan det være aktuelt med slik samarbeid. Hvordan samarbeidet skal skje må avklares av den enkelte kommune.

I bestemmelsens *fjerde ledd* presiseres det at for kommuner innenfor forvaltningsområdet for samiske språk, vil det i tillegg til det som følger av bestemmelsens første og andre ledd, gjelde en særlig plikt til å sørge for at samiske pasienters eller brukeres behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utformingen av tjenesten. Generelle merknader er inntatt i punkt 9.14.3.

For kommuner som ikke hører under det samiske forvaltningsområdet, men som har samisk befolkning, har kommunen likevel plikt etter første og andre ledd til å sørge for at representanter for samiske brukere og pasienter blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Det kan være behov for tilrettelagte tjenester på grunn av de spesielle utfordringer samiske pasienter eller brukere møter i kontakt med den norske helse- og omsorgstjenesten. Utfordringer er særlig knyttet til at samiske pasienter har en annen kultur, og ofte et annet språk enn tjenestetutøverne, samt at det i mange tilfeller vil være mangel på kunnskap om samisk språk og kultur blant fagfolk på ulike nivåer innenfor helse- og omsorgstjenesten. Et godt tjenestetilbud tar utgangspunkt i den enkeltes pasient eller brukers behov. For samiske pasienter innebærer et godt tjenestetilbud en erkjennelse av at samiske pasienter har en annen språklig og kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen. Ved utforming av tjenestene må det etterspørres om valgte strategier og løsninger også gir et godt tilbud til samiske pasienter og brukere, eller om det er nødvendig med særskilte grep for å gi et godt tjenestetilbud.

Endelig presiseres det gjennom henvisningen til sameloven § 3-5 at det i disse områdene alle-

rede er fastsatt særskilte språkrettigheter for samiske pasienter eller brukere.

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet

Til § 4-1 Forsvarlighet

Bestemmelsen er nærmere omtalt i kapittel 20.

Kommunens ansvar for å yte eller tilby forsvarlige tjenester er indirekte og fragmentarisk regulert i dagens kommunehelsetjenestelov. I motsetning til spesialisthelsetjenesteloven har ikke kommunehelsetjenesteloven en bestemmelse som uttrykkelig pålegger kommunen en plikt til å sikre at tjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige, men dette forutsettes i kommunehelsetjenesteloven § 6-3. Sosialtjenesteloven mangler uttrykkelig lovregulering av forsvarlighet, men departementet legger til grunn at et krav til forsvarlighet også gjelder for sosialtjenesten. Dette følger forutsetningsvis av at kommunen har plikt til å yte nærmere lovbestemte tjenester til brukerne. Kommunen kan ikke sies å ha levert disse tjenestene dersom de må regnes som uforsvarlige. Bestemmelsen må derfor i all hovedsak sies å videreføre gjeldende rett, samtidig som bestemmelsen tydeliggjør gjeldende rett.

Første ledd innebærer en presisering av at innholdet i tjenesten skal være forsvarlig når pasienten eller brukeren blir tilbudt eller mottar den.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Forsvarlighetskravet er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Det følger av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Plikten til å sørge for forsvarlige tjenester stiller krav om at virksomheten planlegger og iverksetter nødvendige tiltak for å sikre at de ulike tjenestene som ytes til enhver tid er forsvarlige. Virksomheten skal også påse at tiltakene fungerer og er tilstrekkelige. Det er i stor grad sammenfall mellom kravene til forsvarlig virksomhetsstyring og kravene til internkontroll.

Forsvarlighetskravet innebærer ikke bare at deltjenestene hver for seg skal være forsvarlige. Kommunens tilbud som helhet må også være forsvarlig. Dette er presisert i § 4-1 første ledd *bokstav a*. Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud innebærer blant annet krav til koordinering mellom de ulike tjenestene slik at formålet med tjenestene kan oppfylles.

I § 4-1 første ledd *bokstav b* er det presisert at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud. Bestemmelsen må sees i sammenheng med forslaget til ny § 2-1 a tredje ledd i pasient- og brukerrettighetsloven, om rett til verdig tjenestetilbud. Det vises til nærmere omtale av dette i punkt 20.5 og punkt 29.9.

Kravet til et verdig tjenestetilbud kan allerede i dag innfortolkes i dagens forsvarlighetskrav. Kravet til forsvarlighet innenfor helse- og omsorgstjenesten har utviklet seg over tid. Et tjenestetilbud som ikke oppfylder grunnleggende verdighetskrav, vil heller ikke kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud.

Ved å fremheve begrepet verdighet tydeliggjøres at dette er et grunnleggende element i en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste. Retten til et verdig tjenestetilbud faller inn under, og er en del av, det generelle forsvarlighetskravet.

Ved Kongelig resolusjon av 12. november 2010 ble det fastsatt forskrift om en verdig eldreomsorg med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a og sosialtjenesteloven § 4-6. Forskriften gir et nærmere innhold i begrepet «verdige tjenestetilbud», ved å angi en rekke hensyn som tjenestetilbudet må legge til rette for.

Første ledd *bokstav c* presiserer at forsvarlighetskravet blant annet innebærer at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at helse- og omsorgstjenesten og personellet som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Bestemmelsen viderefører kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a. Se også helsepersonelloven § 16.

I § 4-1 første ledd *bokstav d* er det presisert at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Av bestemmelsens *andre ledd* fremgår at Kongen i statsråd i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten, jf. første ledd *bokstav d*. Bestemmelsen er nærmere omtalt i kapittel 15, se særlig punkt 15.5.2.3 og punkt 15.6.4.

Til § 4-2 Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Generelle merknader er gitt i kapittel 21. Bestemmelsen er ny.

Første ledd inneholder plikt for enhver som yter helse- og omsorgstjenester til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Pliktsubjektet «enhver» tilsvarende pliktsubjektet i tilsynsloven § 3. Den som

har ansvar for en virksomhet, har også ansvar for internkontrollen. Selv om ansvaret i prinsippet er lagt til øverste leder, for eksempel rådmannen i en kommune eller administrerende direktør ved et helseforetak, vil myndigheten i praksis være delegert til leder av den aktuelle virksomhet når det gjelder den praktiske gjennomføringen av internkontrollen.

Innføring av plikt for enhver som yter helse- og omsorgstjenester til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid er et prosesskrav, og ikke et krav til et bestemt nivå av kvalitet. Prosesskravet setter først og fremst et krav til systematisk styring og ledelse av den aktuelle tjenesten og tydeliggjør at dette er en viktig virksomhetsoppgave. Kvalitetsforbedring- og pasient- og brukersikkerhetsarbeid skal være en del av virksomhetens internkontroll.

Pasient- og brukersikkerhetsbegrepet tar utgangspunkt i å verne pasienter og brukere mot å bli påført skade eller bli utsatt for risiko for skade når de mottar helse- og omsorgstjenester eller søker slike tjenester. Systematisk pasient- og brukersikkerhetsarbeid vil være alle systematiske tiltak for å opprette og vedlikeholde vern mot unødig skade.

Kvalitetsbegrepet skal forstås i lys av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helse-tjenesten: *Og bedre skal det bli!* (2005-2015), ny Nasjonal helse- og omsorgsplan og arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i regi av Helsedirektoratet.

Tilsvarende bestemmelse er foreslått i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

I *andre ledd* gis departementet hjemmel til å gi forskrift med nærmere bestemmelser blant annet om innholdet i plikten etter første ledd. I en slik forskrift kan det være naturlig å operasjonalisere hva som ligger i kravet om systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhetsarbeid. Det gis også hjemmel for at det kan gis forskrift om politisk behandling av kvalitetskrav, hvor kommunen selv avgjør om saken skal behandles i kommunestyret eller annet folkevalgt organ. Det sentrale er å sikre at de folkevalgte i kommunene deltar både i utarbeidelsen av kvalitetskravene og oppfølgingen av dem.

Kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver

Til § 5-1 Transport av behandlingspersonell

Se omtale under kapittel 15. Bestemmelsen er en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 1-3 andre ledd nr. 8.

Til § 5-2 Beredkapsarbeid

Generelle merknader er gitt i kapittel 24. Bestemmelsen viderefører kommunens plikt etter kommunehelsetjenesteloven § 1-5 og sosialtjenesteloven § 3-6 første ledd til å utarbeide en beredkapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-2 og til å samordne denne med kommunens øvrige beredkapsplaner. Se Ot.prp. nr. 89 (1998-1999) *Om helsemessig og sosial beredskap*.

Til § 5-3 Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner

Generelle merknader til første ledd er gitt i kapittel 24, og til andre og tredje ledd i kapittel 27.

Første ledd er en videreføring av hovedregelen i kommunehelsetjenesteloven § 3-6 om at kommunen ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter kan pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen å utføre nærmere tilvist arbeid. Tilsvarende bestemmelse er ikke inntatt i sosialtjenesteloven, men følger av lov om helsemessig og sosial beredskap § 4-1, uten der å være knyttet til profesjon. Et sentralt element i forslaget til helse- og omsorgstjenesteloven er fokuset på utførelse av arbeidsoppgavene, ikke hvilken profesjon vedkommende har. Forslag til § 5-3 retter seg derfor mot, og likestiller, personell som utfører helse- og omsorgstjenester etter denne loven.

Andre ledd er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-6 andre ledd og sosialtjenesteloven § 3-6 tredje ledd. Bestemmelsen pålegger kommunen å yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre situasjoner, dersom forholdene tilsier det. Forhold som kan tilsi at bistand er nødvendig er at det foreligger behov for ressurser, personell, materiell eller lokaler som en kommune ikke har tilgjengelig eller disponerer over i sin drift. Eksempler på ulykker eller kriser hvor det kan være aktuelt med bistand er tog- eller flyulykker, flykapringer, flom, snøskred, store epidemier, utslipp av farlige gasser etc. Krav om bistand skal fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.

Tredje ledd er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-6 tredje ledd og sosialtjenesteloven § 3-6 fjerde ledd. Det følger av bestemmelsen at den kommunen som yter bistand skal ha kompensasjon for utgiftene fra den kommunen bistanden rettes til. Kommunene står imidlertid fritt til å inngå avtale om en annen løsning.

Til § 5-4 Politiattest

Generelle merknader er gitt i kapittel 25. Bestemmelsen er videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 3-1 og sosialtjenesteloven § 8-10, og må ses i sammenheng med helsepersonelloven § 20 a. Det vises derfor til merknadene til denne bestemmelsen i Ot.prp. nr. 86 (2005–2006).

Første ledd pålegger kommunen eller annen arbeidsgiver å innhente politiattest fra personell som skal yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemning. *Andre punktum* fastslår at plikten ikke omfatter personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemning. Bestemmelsen krever at kommunen eller eventuelt annen arbeidsgiver eller oppdragsgiver gjør en konkret vurdering av de tjenester og oppgaver vedkommende personell skal utføre. Det overordnede vurderingstema er hvorvidt personellet ved utøvelse av tjenesten eller arbeidet kan komme i situasjoner med barnet eller den utviklingshemmede hvor seksuelle overgrep kan finne sted. Dersom arbeidsgiver eller oppdragsgiver mener at tjenesten innebærer at personellet kan komme i situasjoner hvor det kan skje overgrep, skal det innhentes politiattest.

Andre, tredje og fjerde ledd er en videreføring av sosialtjenesteloven § 8-10 andre, tredje og fjerde ledd, og tilsvarer helsepersonelloven § 20 a andre, tredje og fjerde ledd.

Til § 5-5 Kommunelege – medisinskfaglig rådgivning

Generelle merknader er gitt i kapittel 18. Bestemmelsen viderefører kommunens plikt til å ha kommunelege, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5.

Etter *første ledd første punktum* skal hver enkelt kommune ha en eller flere kommuneleger til å utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks.

Andre punktum presiserer at kommunen kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege. Det er imidlertid ikke lenger krav om at kommunelege er ansatt i hver enkelt kommune vedkommende jobber. Den enkelte kommune avgjør om det skal samarbeides med andre kommuner om ansettelse av kommunelege og eventuelt hvilken form samarbeidet skal ha. Det vil fortsatt være anledning til å samarbeide om å ansette kommunelege i deltidsstilling i to eller flere kommuner, for eksempel ved ansettelse i 50 prosent stilling i to ulike kommuner. Dersom

kommunelegen skal treffe vedtak som innebærer offentlig myndighetsutøvelse, er det etter dagens regelverk bare vertskommunemodellen som kan benyttes.

Etter *tredje punktum* plikter kommunelegen på anmodning fra departementet å delta i lokal redningssentral.

Det følger av *andre ledd* at kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen. Dette er i tråd med forslag til § 26 i ny folkehelselov, jf. Prop. 90 L. (2010-2011). Kommunelegen bør blant annet gi råd knyttet til planlegging og styring av kommunens samlede legerressurser, både fastlegevirksomhet og annet allmennmedisinsk legearbeid. Se omtale av dette i kapittel 19. Videre bør kommunelegen gi råd knyttet til kommunal planlegging, styring og evaluering av helse- og omsorgstjenester i kommunen og kommunal forvaltning for øvrig. Kommunelegen vil også kunne bidra til utvikling av systemer og gode rutiner for samarbeid og samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Se omtale av dette i kapittel 28 om avtalebasert lovpålagt samarbeid. Også andre kommunale oppgaver som krever medisinsk kompetanse kan naturlig legges til kommunelegen, for eksempel kontroll av dødsmeldinger.

Til § 5-6 Sprøyterom

Bestemmelsen er en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 1-3 fjerde ledd. Det fremgår at sprøyteromsordninger som er etablert i medhold av sprøyteromsloven er å anse som en kommunal helse- og omsorgstjeneste, og at det er opp til den enkelte kommune å avgjøre om den ønsker å etablere en slik ordning. Kommunen kan ikke inngå avtale med private om drift. Ordningen er nærmere omtalt i Ot.prp. nr. 59 (2008-2009) *Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.*

Til § 5-7 Registrering av meldinger

Generelle merknader er gitt i kapittel 24. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 b. Etter helsepersonelloven § 18 har helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet plikt til å gi kommune eller fylkeskommune melding når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet og når denne opphører.

Bestemmelsens *første ledd* gir kommunen en plikt til å motta og registrere slike meldinger.

Andre ledd gir adgang til å gi forskrifter om hvilke opplysninger som skal gis, når de skal gis og hvordan de skal registreres og videreformidles til sentralt register. Det vises også til merknadene om denne bestemmelsen i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) *Om lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) punkt 10.3.*

Til § 5-8 Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen

Generelle merknader er gitt i kapittel 17. Bestemmelsen er en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 3-4.

Kommunen kan pålegge personell som arbeider innenfor rammen av loven å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger skal skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov. Pålegg etter bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet. Bestemmelsen gjør det mulig for kommunen blant annet å innhente opplysninger som er nødvendige for å utarbeide oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som nevnt i loven § 3-3 andre ledd. Se nærmere omtale av bestemmelsen i spesielle merknader til helsepersonelloven § 37 i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) *Om lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven).*

Til § 5-9 Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen

Bestemmelsen er nærmere omtalt i punkt 10.8.5.4.

Den viderefører sosialtjenesteloven § 2-6 tredje ledd og kommunehelsetjenesteloven § 6-3 andre ledd. En tilsvarende bestemmelse er lovfestet for spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2. Bestemmelsens *første ledd* skal sikre at tilsynsmyndighetene gis opplysninger som er nødvendig for at tilsynsorganet kan utføre sine oppgaver. I tillegg til adgang til opplysninger, skal tilsynsmyndighetene etter bestemmelsen også gis tilgang til virksomheten hvor tjenesten eller arbeidet utføres.

Av bestemmelsens *andre ledd* fremgår at taushetsplikt ikke er til hinder for å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene. Det forutsettes imidlertid at utlevering av opplysningene må antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver.

Av *tredje ledd* følger at tilsynsmyndighetene kan forelegge opplysningene for sakkyndige til uttalelse og departementet til orientering uten hinder av taushetsplikt.

Til § 5-10 Journal- og informasjonssystemer

Generelle merknader er gitt i punkt 26.5. Bestemmelsene er nye. *Første punktum* stiller krav om forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Dette anses som en presisering av det som allerede følger av gjeldende personvernlovgivning og krav til forsvarlig virksomhet. Kravet gjelder både for kommuner og for offentlige og private virksomheter som har avtale med kommune om å yte tjenester etter loven. Bestemmelsen innebærer at nevnte virksomheter må sørge for at de journal- og informasjonssystemer som tas i bruk er bygget opp slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i lov og forskrift. Virksomhetene må sørge for at pasientopplysninger er tilgjengelige for rett person til rett tid, og at sensitive pasient- og brukerdata har den nødvendige beskyttelse slik at taushetsplikt ivaretas. Bestemmelsen tilsvarer spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 første ledd.

Andre punktum pålegger virksomhetene å ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Kravet forutsetter at virksomheter som samarbeider med hverandre har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling. Tilsvarende forpliktelse er foreslått for spesialisthelsetjenesten i spesialisthelsetjenesteloven 3-2 første ledd, første punktum.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Bestemmelsene i kapittel 6 i lovforslaget er i all hovedsak omtalt i proposisjonens kapittel 28. Det vises til dette kapittel for nærmere omtale av lovforslagene. Alle bestemmelsene i kapittel 6 har som målsetting å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak, og er nye i forhold til nåværende helse- og omsorgstjenestelovgivning.

Til § 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale

Første ledd inneholder bestemmelse om at alle kommuner har plikt til å inngå samarbeidsavtale med foretak i helseregionen. Kommunen kan inngå avtale med det regionale helseforetaket eller med ett eller flere helseforetak. At plikten legges på kommunestyret selv, betyr at kommunestyret

ikke kan delegere til et annet kommunalt organ å inngå avtalen. Kommunestyret kan imidlertid overlate til for eksempel administrasjonen å forhandle om et avtaleutkast. Kommunen kan avtale med andre kommuner at de skal inngå felles avtale med foretak. Hvis kommunene inngår interkommunalt samarbeid om utførelse av tjenester som inngår i avtale med foretak, kan det være hensiktsmessig at det interkommunale samarbeidet forhandler med foretaket og at kommunene inngår likelydende avtaler med helseforetaket.

Tilsvarende plikt er pålagt de regionale helseforetakene, jf. spesialisthelsetjenesten § 2-1 e andre ledd.

Andre ledd angir at den viktigste målsettingen med lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtale, er at kommuner og foretak skal arbeide sammen om pasientforløp. Avtalepartene skal koordinere sine tjenester slik at alle pasienter og brukere som har behov for tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, får en helhetlig og sammenhengende tjeneste.

Tredje ledd pålegger avtalepartene en særlig plikt til å sørge for at pasienters og brukeres erfaringer får påvirke planlegging og utførelse av tjenestene gjennom ordningen med lovpålagte avtaler. For det første skal de synspunktene og tilbakemeldingene som kommer frem gjennom brukerundersøkelser legges til grunn for de vurderingene som avtalepartene legger til grunn for avtalene. For det andre skal pasientenes og brukernes organisasjoner få anledning til å medvirke i avtaleprosessen. Bestemmelsen angir ikke hvordan medvirkningen skal organiseres. Avtalepartene kan for eksempel avholde et orienteringsmøte med organisasjonene, eller organisasjonene kan få anledning til å uttale seg gjennom en høring.

Til § 6-2 Krav til avtalens innhold

Første ledd angir minimumskravene til hva samarbeidsavtalene skal omfatte. Partene kan også avtale andre samarbeidstiltak hvis de ønsker det. Partene kan inngå en samlet avtale eller de kan inngå flere avtaler på ulike nivåer eller ulike områder av virksomheten.

Nummer 1 forutsetter at avtalepartene blir enige om hvilke tjenester henholdsvis kommuner og foretak er pålagt å sørge for etter loven, slik at de har en felles oppfatning av partenes ansvar. Denne felles oppfatningen vil danne grunnlag for å vurdere hvilke oppgaver den enkelte avtalepart har som det er aktuelt å samarbeide om. Partene

må uttrykkelig avtale i de tilfellene hvor oppgaveutførelsen vil fravike den lovpålagte ansvarsplasingen.

Nummer 2 pålegger avtalepartene å utarbeide retningslinjer for pasientforløp og brukerforløp for de som har behov for koordinerte tjenester.

Nummer 3 pålegger avtalepartene å komme frem til kriterier for i hvilke tilfeller det er forsvarlig å gi pasienter et annet tilbud enn innleggelse i sykehus.

Nummer 4 pålegger avtalepartene å ta inn en beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Ved å pålegge partene å ta inn en slik beskrivelse i avtalen, oppfordres partene til å se sine øyeblikkelig hjelp-tilbud i sammenheng og bli enige om gode og hensiktsmessige løsninger til det beste for pasientene og brukerne.

Nummer 5 pålegger avtalepartene, for eksempel som en nærmere detaljering av forskrift, å utarbeide rutiner for det praktiske samarbeidet om pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus og som trenger etterfølgende tjenester fra kommunen.

Nummer 6 pålegger avtalepartene å lage opplegg som sikrer at de gir den andre avtaleparten nødvendig informasjon og kunnskap. Foretaket må forplikte seg gjennom avtalen til å tilføre kommunen kunnskap som er nødvendig for at det skal være forsvarlig at kommunen i fremtiden utfører oppgaver som sykehus utfører i dag.

Nummer 7 til nummer 11 pålegger partene samarbeid på konkrete fagområder uten å fastsette i detalj hvor omfattende samarbeidet skal være eller hvordan det skal legges opp. Det er opp til avtalepartene selv.

Til § 6-3 Frist for inngåelse av avtaler

Bestemmelsen gir departementet hjemmel for å treffe beslutning om en konkret frist for når samarbeidsavtalene skal være inngått. Departementet kan herunder bestemme at enkelte av tiltakene som er pålagt i § 6-2, ikke behøver å inngå som en del av avtalen i første omgang, og sette en senere frist for når disse minimumskravene må føyes til avtalen.

Til § 6-4 Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

Bestemmelsen fastsetter frist for å sende inn avtalene til Helsedirektoratet. Hensikten med innsendingen er å orientere om inngåtte avtaler slik at staten kan følge med på om alle kommuner og helseforetak inngår avtalesamarbeid. Innsendingen

medfører ikke at Helsedirektoratet skal godkjenne eller kontrollere innholdet av avtalene. Foretakene har en måneds frist for innsendelse.

Til § 6-5 Endring og oppsigelse av avtaler

Første ledd pålegger både kommuner og foretak en plikt til å sørge for at avtalen er oppdatert og dynamisk, samt tilpasset pasienters og brukeres behov. Slik oppdatering skal skje årlig.

Andre ledd fastsetter at avtalen løper til den eventuelt blir sagt opp. Begge parter kan med ett års varsel si opp hele eller deler av avtalen.

Til § 6-6 Samarbeid mellom kommuner

Generelle merknader er gitt i kapittel 27. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd.

Bestemmelsen gir hjemmel for departementet ved forskrift eller enkeltvedtak å pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver helse- og omsorgstjenesten. Samarbeid mellom kommuner bør i utgangspunktet inngås frivillig. Aktuelle samarbeidsmodeller er nærmere beskrevet i punkt 27.3.

I de tilfeller hvor et slikt samarbeid ikke inngås, men hvor det likevel anses som påkrevd og det utgjør en risiko for at pasientene og brukerne ikke får de helse- og omsorgstjenester de har krav på etter loven, har departementet mulighet til å kunne påby et slikt samarbeid. Bestemmelsen må anses som en snever unntaksregel, hvor det skal mye til før departementet vil pålegge et eventuelt samarbeid mellom kommuner.

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Til § 7-1 Individuell plan

Generelle merknader er gitt i kapittel 31.

Første ledd er en videreføring av reglene i kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a og sosialtjenesteloven § 4-3 a. Det er foreslått en plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Pliktsubjektet etter forslaget er kommunen. Retten til individuell plan er foreslått regulert i pasientrettighetsloven § 2-5, jf. merknadene til denne bestemmelsen.

Med behov for «langvarige tjenester» menes at behovet må ha en viss varighet, men det kreves ikke at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Det må i

alle tilfeller foretas en konkret vurdering av pasientens eller brukerens behov for individuell plan. Med behov for «koordinerte tjenester» menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester, det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene bør ses i sammenheng.

Pliktbestemmelsen innebærer at kommunen på eget initiativ må vurdere om en person bør få tilbud om individuell plan, men ikke at individuell plan skal utarbeides mot pasientens eller brukerens vilje. Prinsippet om samtykke fra pasient eller bruker vil fortsatt gjelde.

I *andre ledd* er det foreslått en ny regel for å klargjøre hvem som har ansvaret for å utarbeide individuell plan og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient har behov for tilbud både etter den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven. Etter forslaget skal kommunen i slike tilfeller sørge for at det utarbeides individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Kommunens ansvar fratar ikke spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke i arbeidet.

Spesialisthelsetjenestens ansvar for å utarbeide individuell plan og til å medvirke i arbeidet med planen er nærmere regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, jf. merknadene til denne bestemmelsen.

I *tredje ledd* er det foreslått en hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter og om planens innhold. Dette er en videreføring av gjeldende regler.

Til § 7-2 Koordinator

Generelle merknader er gitt i kapittel 31.

I *første ledd* er det foreslått en plikt for kommunen til å oppnevne koordinator. Forslaget innebærer en lovfesting av kommunens plikt til å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av pasienten eller brukeren, jf. forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven § 4-3 a. Plikten til å oppnevne koordinator skal gjelde uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker å benytte seg av retten til individuell plan.

Oppnevning av koordinator innebærer at en bestemt person får hovedansvar for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, men ikke at vedkommende skal ha eneansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Ansvar for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle.

Koordinatorrollen innebærer blant annet å være kontaktperson og ha ansvar for å følge opp innspill fra tjenestemottaker og pårørende. Koordinator har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at pasienten får et «sømløst» tilbud. Det bør ved behov etableres kontakt mellom koordinatorene på de to nivåene. Når koordinator ikke er fastlege, bør det etableres kontakt med fastlegen.

Koordinatorrollen er profesjonsnøytral, og kommunene må selv vurdere hvem som er best egnet til å inneha koordinatorrollen i forhold til den enkelte pasient eller bruker.

I *andre ledd* er det foreslått en hjemmel for departementet til å gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinator skal ha.

Til § 7-3 Koordinerende enhet

Generelle merknader er gitt i kapittel 32.

I *første ledd* er det foreslått en plikt for kommunen til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Forslaget innebærer en lovfesting av regler som i dag fremgår av forskrift om habilitering og rehabilitering § 8. Det er i tillegg foreslått at enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for utarbeidelse av individuell plan. Med overordnet ansvar menes ansvar for å utvikle og kvalitetssikre rutiner for utarbeidelse av planen. I tillegg må enheten blant annet sørge for nødvendig opplæring og veiledning av tverrfaglig personale. En viktig del av arbeidet vil være opplæring og veiledning av den som blir utpekt som planansvarlig person, og som i praksis fungerer som koordinator. Koordinerende enhet skal også sørge for at det oppnevnes koordinator. Slik oppnevning bør så langt som mulig skje i samråd med den enkelte pasient eller bruker.

I *andre ledd* er det foreslått en hjemmel for departementet til å gi forskrift med nærmere regler om ansvaret for koordinerende enhet.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

Til § 8-1 Undervisning og praktisk opplæring

Generelle merknader er gitt i kapittel 22. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 6-1.

Bestemmelsen i *første ledd* pålegger enhver kommune plikt til å medvirke til undervisning og

praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning.

Departementet kan etter *andre ledd* gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring. Slike forskrifter er for eksempel praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut, veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygdefusjon og praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege.

Til § 8-2 Videre- og etterutdanning

Generelle merknader er gitt i kapittel 22. Bestemmelsene viderefører kommunehelsetjenesteloven § 6-2 og sosialtjenesteloven § 2-3. Kommunens plikter med hensyn til videre- og etterutdanning er knyttet til ansatte og personell som utfører tjeneste eller arbeid etter forslaget til helse- og omsorgstjenestelov. Dette omfatter både helsepersonell og det personellet som i dag er ansatt i sosialtjenesten og som yter tjenester etter sosialtjenesteloven.

Første ledd pålegger kommunen å sørge for at dens ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven får påkrevet videre- og etterutdanning, slik at de kan holde sine kvalifikasjoner ved like. Tradisjonelt sikter etterutdanning mot ajourføring, supplering og komplettering av grunnutdanning med sikte på å vedlikeholde kompetanse, og å bedre mestringen i den stilling som innehas. Videreutdanning kjennetegnes ved at den tar sikte på å gi kvalifikasjoner på et høyere nivå enn det grunnutdanningen gir.

Av *andre ledd* følger det at kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Plikten går ikke lenger enn til å medvirke til at personell som er knyttet til kommunen ved avtale får adgang til å søke nødvendig videre- og etterutdanning. En slik medvirkning fra kommunens side vil kunne bestå i bistand til vikarordning og lignende ved blant annet kursopphold. Det forutsettes således ikke kostnadsdekning. Andre ledd gjelder kommunens medvirkning overfor virksomheter som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester som kommunen etter loven skal sørge for. Dette er en presisering av dagens ordlyd i kommunehelsetjenesteloven § 6-2, som viser til privat virksomhet «innen» kommunens helsetjeneste. Virkeområdet for kommunens plikt endres ikke med dette.

Tredje ledd fastslår at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. Det kan imidlertid ikke med hjemmel i dette forlanges at personell skaffer seg en høyere utdanning enn den som svarer til den stilling de har. Videre- og etterutdanning inngår som en del av arbeidsplikten, men den innebærer ingen plikt til økonomiske ofre i form av betaling for kurs, utgifter til opphold utenfor hjemmet eller lignende. Personalet må få rimelig dekning for merutgifter som videre- og etterutdanning fører med seg.

Fjerde ledd gir hjemmel for departementet til å gi nærmere forskrifter om videre- og etterutdanning av personell som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven.

Til § 8-3 Forskning

Generelle merknader er gitt i kapittel 23. Bestemmelsen er ny og regulerer en ny oppgave for kommunen.

Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og gjennom dette forbedre kvalitet og fremme kunnskapsbasert praksis. Kommunen må utvise en aktivitet for å oppfylle plikten til å medvirke til forskning, men den stilles fritt til å velge på hvilken måte forskningen skal understøttes. Et medvirkningsansvar innebærer ikke at kommunen selv skal initiere eller finansiere forskning. Eksempler på medvirkning kan være å tilgjengeliggjøre data innhentet fra tjenesten til forskningsprosjekter, å synliggjøre aktuelle problemstillinger og forskningsbehov for forskningsinstitusjonene, og å ha oversikt over forskningsaktiviteten i egen kommune. Andre eksempler kan være å legge plan for hvordan kommunen ønsker å fremme forskning og kunnskapsbasert praksis for de ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller å utvikle samarbeid med andre kommuner, forskningsinstitusjoner og helseforetak.

Kapittel 9. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Generelle merknader er gitt i kapittel 36.

Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A er i hovedsak foreslått videreført uendret. Disse reglene er nærmere omtalt i Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) *Om lov om endringer i lov om sosiale tjenes-*

ter mv. og lov om helsetjenesten i kommunene (rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning).

Det er foreslått enkelte mindre justeringer. Begrepene «spesialisthelsetjenestene» og «de spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for» er foreslått erstattet med «spesialisthelsetjenesten.» I tillegg er det foreslått at «tjenestemottaker» erstattes med «bruker eller pasient». Disse begrepsendringene innebærer ingen realitetsendringer.

Til § 9-1 Formål

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-1.

Til § 9-2 Virkeområde

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-2 og kommunehelsetjenesteloven § 6-10, men reguleringen av virkeområdet er foreslått samordnet med reguleringen av tjenester i den nye loven § 3-2.

Som avgrensning av virkeområdet for kapittel 9 er det vist til tjenestene i § 3-2 nr. 6 bokstavene a til d. Disse tjenestene omfatter helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon og avlastningstiltak. Helsetjenester i hjemmet må tolkes innskrenkende slik at reglene bare omfatter pleie og omsorg i hjemmesykepleie, slik virkeområdet er avgrenset i dag, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-10.

Til § 9-3 Rett til medvirkning og informasjon

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-3. Det er foreslått en tilpasning ved at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a skal legges til grunn i stedet for å ha særregler om hvem som skal anses som pårørende i den nye loven.

Til § 9-4 Krav til forebygging

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-4.

Til § 9-5 Vilkår for bruk av tvang og makt

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-5.

Til § 9-6 Særlige grenser for enkelte tiltak

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-6.

Til § 9-7 Kommunens saksbehandling

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-7.

Til § 9-8 Fylkesmannens overprøving

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-8.

Til § 9-9 Krav til gjennomføring og evaluering

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-9.

Til § 9-10 Plikt til å føre journal

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-10, men «så langt det passer» er strøket. Begrunnelsen for dette er at reglene i helsepersonelloven etter forslaget til ny lov § 2-1 skal gjelde tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter denne loven.

Til § 9-11 Klage

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-11.

Til § 9-12 Overprøving i tingretten

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-12.

Til § 9-13 Spesialisthelsetjenesten

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-13.

Til § 9-14 Forskrift

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-14. Forskriftshjemmelen gir ikke adgang til å gi regler om organisering av kommunens virksomhet.

Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 6 er i hovedsak foreslått videreført uten endringer. Disse reglene er nærmere omtalt i kapittel 37. Sosialtjenesteloven § 6-1 foreslås imidlertid ikke videreført. De tjenestene som er regulert i denne bestemmelsen, vil falle inn under reguleringen av helse- og omsorgstjenester i lovforslaget § 3-2 nr. 1 til nr. 6.

Det er foreslått enkelte mindre tilpasninger. «Sosialtjenesten» er erstattet med «kommunen», og «klienten» er erstattet med «pasienten eller brukeren». I tillegg er «rusmiddelmissbruker» erstattet med «rusmiddelavhengig», i tråd med dagens språkbruk.

Når det gjelder forarbeider til sosialtjenesteloven kapittel 6, vises det til Ot.prp. nr. 29 (1990-91) *Om lov om sosiale tjenester m.v.*, Ot.prp. nr. 48 (1994-1995) (endringslov) *Om sosiale tjenester m.v. og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere i institusjon)*, Ot.prp. nr. 78 (1997-1998) (endringslov) *Om sosiale tjenester m.v.*, Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) (endringslov) *Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)* og Ot.prp. nr. 76 (2005-2006) (endringslov) *Barnevernloven og sosialtjenesteloven mv. (saksbehandlingsregler for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker mv.)*

Til § 10-1 Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 6-1 a. Det er foreslått at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b skal legges til grunn i stedet for å ha særregler om dette i den nye loven.

Til § 10-2 Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 6-2.

Til § 10-3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 6-2 a.

Til § 10-4 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 6-3.

Til § 10-5 Bruk av fylkesnemnda i saker etter §§ 10-2 og 10-3

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 6-4.

Til § 10-6 Innledning til sak etter §§ 10-2 og 10-3

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 6-5.

Til § 10-7 Overprøving i tingretten

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 6-6. Overskriften er endret slik at den blir lik overskriften til § 9-12. Begge disse bestemmelsene regulerer overprøving av fylkesnemndas vedtak i tingretten.

Til § 10-8 Ansvar for å reise tvangssak

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 10-4.

Kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

Til § 11-1 Kommunens ansvar for utgifter

Generelle merknader er gitt i kapittel 38 og kapittel 39. Se også kapittel 12.6.1 for ytterligere omtale av «oppholdsprinsippet».

Første ledd er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 første ledd og andre ledd, og sosialtjenesteloven § 11-1 første ledd. *Første punktum* fastslår at kommunen er ansvarlig for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak kommunen er ansvarlig for etter denne lov. *Andre og tredje punktum* bestemmer at utgifter til bedriftshelsetjeneste ikke dekkes av kommunen, også når slik tjeneste organiseres av kommunen. Det siktes her til bedriftshelsetjeneste for virksomheter i kommunen og ikke kommunens ansvar for egne ansatte.

I *andre ledd* første punktum er det foreslått en videreføring av sosialtjenesteloven § 11-1 andre ledd første punktum. Sosialtjenesteloven § 11-1 andre ledd andre punktum er delvis erstattet av en ny regel om at departementet i visse tilfeller kan gi forskrifter om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner og om behandling av tvister

mellom kommuner om utgiftsfordeling. Denne forskriftshjemmelen gjelder for tilfeller der en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende har fast bosted eller fast opphold. Hensikten med forskriftshjemmelen er å gi en mulighet for å videreføre gjeldende ordning.

Tredje ledd er en delvis videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 andre ledd første punktum. I kommunehelsetjenesteloven heter det at kommunen «delvis» dekker utgifter til privat praksis. Bestemmelsens ordlyd er endret til «helt eller delvis». I tilfeller hvor personell som har avtale med kommunen også er omfattet av refusjonsreglene i folketrygdloven kapittel 5, vil kommunen ikke fullt ut være ansvarlig for utgiftene. I andre tilfeller hvor kommunen inngår avtale med personell som ikke er omfattet av folketrygdens regler om refusjon, vil derimot kommunen fullt ut være ansvarlig for å dekke utgiftene.

Fjerde ledd fastslår at kommunen skal dekke reiseutgifter for behandlingspersonell som gir helsetjenester etter folketrygdlovens kapittel 5, og er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd.

Femte ledd gir departementet adgang til å gi nærmere forskrifter om dekning av reiseutgifter for helsepersonell mv., og er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 fjerde ledd.

Sjette ledd er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 sjette ledd, og gir hjemmel for departementet til å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om kommunens ansvar for dekning av utgifter til helsetjenester som personer bosatt i kommunen har mottatt i et annet EØS-land. Det vises til forskrift av 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land som trådte i kraft 1. januar 2011.

Til § 11-2 Vederlag for helse- og omsorgstjeneste

Generelle merknader er gitt i kapittel 38. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 2-3 første og siste ledd og sosialtjenesteloven § 11-2 andre ledd.

Bestemmelsen fastslår en plikt for den som mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen til å betale vederlag når det er fastsatt i lov eller forskrift. Kommunen er ikke forpliktet til å kreve vederlag av pasient eller bruker selv om det er hjemmel for en slik innkreving. For konsultasjoner hos privatpraktiserende helsepersonell vil betaling av mellomlegg fortsette som før etter de egenbetalingsregler som gjelder etter folketrygdloven.

Til § 11-3 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester

Generelle merknader er gitt i kapittel 41. Denne bestemmelsen er ny.

Departementet kan etter denne bestemmelsen i forskrift gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, og fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes. Med kommunalt medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, menes at kommunene skal betale en nærmere fastsatt andel for de pasienter som er omfattet av en eventuell forskrift når disse får behandling i spesialisthelsetjenesten. Målet er at økt kommunal innsats skal gi effekt på forbruket av spesialisthelsetjenester, og på kostnadskontroll totalt sett.

Til § 11-4 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Generelle merknader er gitt i kapittel 40. Bestemmelsen er i all hovedsak en videreføring av gjeldende rett, jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-1 femte ledd med tilhørende forskrift.

Første ledd lovfester kommunens finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én. Dette er en endring i forhold til dagens forskrift, hvor det fremgår at kommunen overtar ansvaret fra ti dager etter skriftlig varsel. Kommunens finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter i privat spesialisthelsetjeneste gjelder kun for pasienter som behandles av tjenesteytere som har avtale med regionalt helseforetak.

Andre ledd gir kommunen en plikt til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Kommunen kan inngå slik avtale alene eller sammen med andre kommuner. Partene kan ikke avtale seg bort fra ordningen. Tilsvarende plikt for regionale helseforetak til å inngå avtale foreslås lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-6 første ledd. En pasient er ikke nødvendigvis ferdigbehandlet når vedkommende er utskrivningsklar. Ofte har pasienten behov for oppfølging i kommunen eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten etter utskrivning. Det er vist til bestemmelsen i § 6-1 om samarbeidsavtaler for å understreke at avtale om utskrivningsklare pasienter bør inngås i forbindelse med at det utarbeides samlet samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket. Se også lovforslaget § 6-2 nr. 5 hvor det fremgår at ordningen med utskrivningsklare pasienter skal være omfat-

tet av de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunen og det regionale helseforetaket.

Tredje ledd presiserer at departementet i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, og betalingssatser etter første ledd. Bestemmelsen gir også departementet hjemmel til i forskrift å fastsette hva samarbeidsavtale etter andre ledd minimum skal inneholde.

Til § 11-5 Tilskudd fra staten

Generelle merknader er gitt i kapittel 38. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-2 og sosialtjenesteloven § 11-6.

Første ledd slår fast at staten yter årlige rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter gjennom inntektssystemet for kommunene. I de kommuner hvor det ligger fengsler, og følgelig er et krav om at kommunen skal ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte, jf. § 3-9, yter staten et særskilt tilskudd.

Andre ledd er tatt med av pedagogiske årsaker, og presiserer at folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til helsetjenester etter de regler som er fastsatt i, og i medhold av folketrygdloven.

Kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

Til § 12-1 Taushetsplikt

Generelle merknader er gitt i punkt 10.8.5. Forslaget er i hovedsak en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 6-6 og sosialtjenesteloven § 8-8 og tilsvarende spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 første ledd.

Bestemmelsen presiserer at forvaltningsloven §§ 13 – 13 e skal komme til anvendelse overfor enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter loven.

Til § 12-2 Legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjeneste

Generelle merknader er gitt i kapittel 19. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 a.

Etter *første ledd* kan departementet hvert år fastsette hvor mange nye legestillinger som kan fordeles til kommunens helse- og omsorgstjeneste. Departementets fordeling av rammene for henholdsvis den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten baseres på helsepolitiske vurderinger. Det presiseres at departementet fastsetter en samlet ramme til den

kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at den enkelte kommune selv avgjør om den ønsker å fordele tildelte ramme på faste stillingshjemler eller avtalehjemler for privatpraktiserende leger.

I *andre ledd* er det gitt en hjemmel for departementet til å gi forskrift om nærmere bestemmelser om innhold og gjennomføring av legefordeling til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Presisering av hva som ligger i begrepet «nye stillinger», «legestillinger» og «avtaler for allmennlegevirksomhet» vil kunne bli presisert nærmere i forskrift.

Til § 12-3 Statlig tilsyn

Generelle merknader er gitt i kapittel 35.

I *første ledd* fremgår det at Fylkesmannen er regional tilsynsinstitusjon, og det er angitt hva det skal føres tilsyn med. Fylkesmannen skal føre lovlig tilsyn med kommunens oppfyllelse av plikter etter de kapitlene og bestemmelsene som er nevnt. Det er presisert at Fylkesmannen også skal føre stedlig tilsyn ved tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c. Disse tiltakene gjelder bruk av tvang og makt, og plikten til å føre stedlig tilsyn med disse tiltakene er en videreføring av sosialtjenesteloven § 2-6 første ledd andre punktum. Det er også presisert at i forbindelse med tiltak som gjelder bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, kan tilsynet gjennomføre tilsynsbesøk uten beboerens samtykke. Dette er en videreføring av sosialtjenesteloven § 2-6 tredje ledd andre punktum.

I *andre ledd* er det foreslått at reglene i kommuneloven kapittel 10 A om statlig tilsyn med kommunen eller fylkeskommunen skal gjelde tilsvarende for tilsynsvirksomhet etter første ledd. Unntak er foreslått når det gjelder myndighet til å gi pålegg. Etter kommuneloven § 60 d har Fylkesmannen myndighet til å gi pålegg, men i § 12-4 andre ledd andre punktum er det foreslått at Statens helsetilsyn kan gi pålegg etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. § 5.

Til § 12-4 Særlige bestemmelser ved opphold i institusjon

Generelle merknader er gitt i punkt 29.10. Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 7-11. Det er foretatt enkelte forenklinger av lovteksten uten at innholdet og hjemmelsgrunnlaget for å gi forskrift er endret.

Til § 12-5 Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Generelle merknader er gitt i kapittel 21. Forslaget innebærer at Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer blir lovfestet. Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk på helse- og omsorgstjenesteområdet. Tilsvarende bestemmelse er foreslått i spesialisthelsetjenesteloven § 7-3.

Kapittel 13. Ikrafttredelse, endringer i andre lover, overgangsbestemmelser

Til § 13-1 Ikrafttredelse

Kongen fastsetter når loven skal tre i kraft. Kongen kan videre bestemme at bestemmelsene i loven kan sette i kraft til forskjellig tid. Klart avgrensede bestemmelser som står i samme paragraf, kan også tre i kraft til forskjellig tid. Blant annet kan det fastsettes at endringer i andre lover, jf. § 13-3, skal tre i kraft til forskjellig tid. Dette innebærer for eksempel at dersom helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseeloven ikke trer i kraft til samme tid, kan ulike deler av bestemmelsene som skal endres i andre lover, tre i kraft til ulik tid.

Til § 13-2 Eldre forskrifter mv.

Forslaget innebærer at forskrifter, vedtekter og instruksjoner gitt med hjemmel i lov som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder også etter at denne lov er satt i kraft, med mindre de strider mot loven her eller forskrift i medhold av loven.

Til § 13-3 Endringer i andre lover

Fra tidspunkt for ikrafttredelse blir lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. opphevet.

Forslaget til kommunal helse- og omsorgstjenestelov forutsetter en rekke tekniske endringer i andre lover. Behovet for oppdatering av henvisninger fra andre lover til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er et eksempel på

dette. Videre må begrepet «helsetjenesten» flere steder erstattes med «helse- og omsorgstjenesten» og «kommunehelsetjenesten» må erstattes av «den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Begrepene «sosiale tjenester» og «sosialtjenesten» omfatter i dag tjenester og virksomhet etter sosialtjenesteloven og lov om sosiale tjenester i NAV. Disse begrepene må noen steder beholdes

og andre steder erstattes eller suppleres med henholdsvis «kommunale helse- og omsorgstjenester» og «den kommunale helse- og omsorgstjenesten». «Bruker» må også de fleste steder nevnes samtidig med «pasient». De fleste endringene i andre lover skyldes slike konsekvensjusteringer. Disse endringene kommenteres ikke særskilt i de spesielle merknadene til bestemmelsene.

48 Merknader til forslag til endringer i andre lover

Se merknader til § 13-3 i kapittel 47 som gjelder endringer i andre lover.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Generelle merknader er gitt i kapittel 35. Lovens tittel er foreslått endret til lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten. Dette for å tydeliggjøre at lovens virkeområde gjelder hele helse- og omsorgstjenesten, jf. definisjon av dette begrepet i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d.

Til § 1 Tilsynsmyndighetene

I *første ledd* er det presisert at Statens helsetilsyn, i tillegg til overordnet faglig tilsyn med helsetjenesten, skal ha overordnet faglig tilsyn med omsorgstjenesten i landet. Dette innebærer en videreføring av dagens bestemmelse og av sosialtjenesteloven § 2-7.

Andre ledd er foreslått videreført uten endringer.

I *tredje ledd* er bestemmelsen om at «Fylkeslegen er tillagt myndighet som «Helsetilsynet i fylket» i lover og forskrifter og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn» foreslått opphevet. Dette innebærer at Helsetilsynet i fylket ikke lenger skal bestå som en egen instans. Som en konsekvens av dette er også bestemmelsen om at Helsetilsynet i fylket for øvrig er underlagt Fylkesmannen, foreslått opphevet. Bestemmelsene om at det i hvert fylke skal være en fylkeslege, og at fylkeslegen oppnevnes av Kongen, er foreslått videreført uten endringer. Dette innebærer at fylkeslegen videreføres som en egen embetsstilling.

I *fjerde ledd* er det foreslått en ny bestemmelse som presiserer at Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer en endring av hvilken instans som skal føre tilsyn med helsetjenesten, og en videreføring av sosialtjenesteloven § 2-6. Det er også foreslått en ny bestemmelse om at Fylkesmannen i sin tilsynsvirksomhet er direkte underlagt Statens helsetilsyn. Dette er en videreføring av den ordningen som i dag gjelder for Hel-

setilsynet i fylket, jf. merknadene til tredje ledd og Ot.prp. nr. 105 (2001-2002) Om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover.

Femte ledd er foreslått endret slik at Helsetilsynet i fylket er erstattet med Fylkesmannen.

Til § 2 Fylkesmannens og Statens helsetilsyns oppgaver

Overskriften i bestemmelsen er foreslått endret slik at «Helsetilsynet i fylket» er erstattet med «Fylkesmannen». Samme endring er foreslått i de forskjellige leddene i denne paragrafen.

I *første ledd* er i tillegg «alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket» foreslått erstattet med «helse- og omsorgstjenesten i fylket og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester». Dette er en videreføring av dagens regler for helsetjenesten, med Fylkesmannen som regional tilsynsinnsinstans. For omsorgstjenesten innebærer forslaget en videreføring av sosialtjenesteloven § 2-6, og at Fylkesmannen skal føre tilsyn med personell som ikke kan anses som helsepersonell, jf. definisjonen av helsepersonell i helsepersonelloven § 3 første ledd.

Som nytt *andre ledd* er det foreslått at Fylkesmannen i tilknytning til tilsynet skal gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket. Forslaget viderefører gjeldende rett, med Fylkesmannen som regional tilsynsinnsinstans i stedet for Helsetilsynet i fylket, jf. sosialtjenesteloven § 2-6 og praktiseringen av denne bestemmelsen. Bestemmelsen foreslås plassert i et eget ledd for å markere at rollen som veileder skiller seg fra tilsynsrollen. Når Fylkesmannen fører tilsyn med kommunene med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3, kan det gis råd og veiledning i den utstrekning den enkelte kommune etterspør dette.

I *tredje ledd* er det foreslått en videreføring av dagens andre ledd, men «helsetjenesten» er erstattet med «helse- og omsorgstjenesten». Forslaget innebærer en videreføring av gjeldende

rett, med Fylkesmannen som regional tilsynsin-
stans, jf. sosialtjenesteloven § 2-7.

Fjerde ledd viderefører av dagens tredje ledd. For helsetjenesten innebærer forslaget en videre-
føring av gjeldende rett, med Fylkesmannen som
regional tilsynsin-
stans. For omsorgstjenesten
innebærer forslaget en ny bestemmelse om at Fyl-
kesmannen skal informere Statens helsetilsyn om
forhold som tilsier administrative reaksjoner etter
helsepersonelloven kapittel 11. Helsepersonello-
vens anvendelse er i forslaget til ny lov om kommu-
nale helse- og omsorgstjenester regulert i § 2-1, jf.
merknadene til denne bestemmelsen.

Femte ledd første punktum viderefører gjel-
dende rett, mens andre punktum er nytt. Gene-
relle merknader er gitt i kapittel 42.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med at
meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven
§ 3-3 flyttes til Nasjonalt kunnskapssenter for hel-
setjenesten. Et viktig formål med denne endrin-
gen er å øke antall meldinger. For å oppnå dette er
det viktig at helsepersonell ikke frykter sanksjo-
ner på bakgrunn av den meldingen som sendes til
Kunnskapssenteret.

Det er altså ikke *handlingen* som er vernet ved
den foreslåtte bestemmelsen. Den sier bare at til-
synsmyndigheten eller påtalemyndigheten ikke
kan bruke selve *meldingen* til Kunnskapssenteret
som grunnlag for å innlede en sak mot personel-
let. Dersom tilsynsmyndigheten får kjennskap til
saken på annen måte, for eksempel fra pårørende,
kan tilsynssak og eventuelt straffesak opprettes.
Likeledes gjelder vernet bare tilsynssak eller
straffesak mot enkeltpersoner, ikke mot virksom-
heten.

Sjette ledd er nytt og må sees i sammenheng
med lovfesting av ny varslingsordning til Statens
helsetilsyn for alvorlige hendelser i spesialisthel-
setjenesteloven § 3-3 a. Generelle merknader er
gitt i kapittel 42.

Bestemmelsen pålegger Statens helsetilsyn en
plikt til å foreta stedlig tilsyn dersom dette er nød-
vendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig
opplyst.

Ved vurdering av om det er behov for å foreta
stedlig tilsyn skal Statens helsetilsyn legge vekt på
om det er grunn til å tro at det vil bli vanskelig å få
en god og nøyaktig beskrivelse av hendelsen i
ettertid hvis tilsynet ikke blir gjennomført eller
utsettes vesentlig. Det forutsettes at Statens helse-
tilsyn senest påfølgende virkedag tar kontakt med
virksomheten for å avtale når det stedlige tilsynet
eventuelt skal finne sted. Dersom det konkluderes
med at det er nødvendig med stedlig tilsyn, skal
dette finne sted umiddelbart. Det presiseres at

bestemmelsen ikke innebærer en plikt til å rykke
ut ved alle varsler. Det skal vurderes om dette er
nødvendig for å sikre at saken blir tilstrekkelig
opplyst. Dersom Statens helsetilsyn vurderer det
slik at det ikke er nødvendig å rykke ut, vil infor-
masjonen i varselet bli fulgt opp på annen måte.

Det forutsettes at tilsynsmyndigheten har tid-
lig dialog med dem som er involvert og berørt av
hendelsen dersom dette er nødvendig for å opp-
lyse saken.

Syvende ledd viderefører dagens femte ledd,
med Fylkesmannen som regional tilsynsin-
stans.

Åttende ledd viderefører dagens sjette ledd,
med Fylkesmannen som regional tilsynsin-
stans. «Helsepersonellens arbeidsgiver» er foreslått
erstattet med «personellens arbeidsgiver», slik at
også personell som ikke kan anses som helseper-
sonell omfattes.

Til § 3 Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll

I *første ledd* er «enhver som yter helsetjeneste»
erstattet med «enhver som yter helse- og
omsorgstjeneste». For helsetjenesten innebærer
dette en videreføring av dagens bestemmelse. For
omsorgstjenesten innebærer forslaget en videre-
føring av sosialtjenesteloven § 2-1 andre ledd, med
den endring at plikten til å etablere et internkon-
trollsystem ikke er pålagt kommunen, men
«enhver» som yter helse- og omsorgstjeneste.
Denne endringen er et ledd i harmoniseringen av
regelverket. Bestemmelsen må tolkes i lys av for-
slaget til lov om kommunale helse- og omsorgstje-
nester § 3-1 tredje ledd. Der fremgår det at kom-
munen har plikt til å planlegge, gjennomføre, eva-
luere og korrigere virksomheten, slik at tjeneste-
nes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov
eller forskrift, jf. merknadene til bestemmelsen.

I *andre ledd* er «Helsetilsynet i fylket» erstattet
med «Fylkesmannen». I tillegg er «helsetjenester»
erstattet med «helse- og omsorgstjenester», slik at
det blir samsvar mellom første og andre ledd.

Til § 5 Adgang til å gi pålegg

«Helsetjenesten» er erstattet med «helse- og
omsorgstjenesten», jf. endringen av lovens tittel. I
tillegg er ordet «uheldig» tatt ut, slik at adgangen
til å gi pålegg bare gjelder hvis virksomheten dri-
ves på en måte som kan ha skadelige følger for
pasienter eller andre, eller på annen måte er ufor-
svarlig. Denne endringen er foretatt for å markere
at påleggskompetansen ikke skal omfatte skjønns-
messige vurderinger som ligger innenfor ram-

mene av kommunens frie skjønn. Bortsett fra denne endringen viderefører forslaget gjeldende rett for helsetjenesten. For omsorgstjenestene innebærer forslaget at Fylkesmannens myndighet til å gi pålegg etter sosialtjenesteloven § 2-6 fjerde ledd ikke videreføres, men at denne myndigheten tillegges Statens helsetilsyn.

Spesialisthelsetjenesteloven

Til § 2-1 a De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester

Generelle merknader er gitt i kapitlene 12 og 43.

Bestemmelsen i *andre ledd* forplikter de regionale helseforetakene til å sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade. Departementet lovfester og tydeliggjør med forslaget det ansvaret som spesialisthelsetjenesten allerede i dag har for forebygging.

Spesialisthelsetjenestens ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming kan konkretiseres i tre hovedområder: Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, overvåking av sykdom og risikoforhold og kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, samt helsefremming og forebyggingstiltak.

Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten innebærer at spesialisthelsetjenesten, i sin kontakt med de som har et helseproblem, skal kunne informere om forhold som påvirker helse og sykdomsutvikling. Dette gjelder både den sykdom pasienten får behandling for, men også råd og veiledning om andre risikofaktorer som pasienten er utsatt for, og som kan gi sykdom.

Overvåking av sykdom og risikoforhold omhandler det potensialet som ligger i å iverksette folkehelseiltak basert på datamateriale fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel fra medisinske kvalitetsregistre og norsk pasientregister (NPR). Når spesialisthelsetjenesten oppdager sykdom eller risikoforhold som vil være et grunnlag for forebyggende eller helsefremmende tiltak, skal tjenesten selv aktivt bidra til at denne informasjonen formidles til kommuner og fylkeskommuner. Det vil gjøre det mulig å sette inn innsats for å forebygge at problemer oppstår eller får utvikle seg.

Kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggingstiltak

innebærer at spesialisthelsetjenesten bør gi informasjon til helse- og omsorgstjenestene i kommunene og helsemyndighetene om sykdomsutvikling innenfor ulike diagnoser eller sykdomsgrupper. Spesialisthelsetjenesten bør også ha kompetanse på, og gi råd vedrørende, miljø- og grupperettede tiltak. Samhandling i smittevern og beredskapsarbeid med kommunesektoren er en del av dette arbeidet.

Tredje ledd innebærer en videreføring av gjeldende rett og løfter av pedagogiske grunner opp i lov de grunnleggende kravene til styring som i dag fremgår av blant annet internkontrollforskriften. For å kunne sørge for helsetjenester på en forsvarlig måte, må de regionale helseforetakene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevant lover og forskrifter. Bestemmelsen tilsvarende til kommunens ansvar for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd.

Til § 2-1 e Samhandling og samarbeid

I *første ledd* presiseres at det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd også innebærer en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Andre ledd pålegger de regionale helseforetakene en plikt til å sørge for at det blir inngått samarbeidsavtaler med alle kommuner. En tilsvarende plikt er pålagt kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. De regionale helseforetakene blir ikke forpliktet til å inngå avtalene selv, men kan pålegge de helseforetakene de eier å inngå avtale med en eller flere kommuner, for eksempel alle kommunene i et sykehus sitt opptaksområde. De kan også pålegge helseforetakene å inngå avtaler med kommuner om spesifikke tjenester og tiltak. Det ligger ikke i pålegget at alle avtalene helseforetakene inngår skal være identiske. Avtalene må tilpasses lokale forhold og behov.

Til § 2-2 Plikt til forsvarlighet

Generelle merknader er gitt i kapittel 20.

Bestemmelsen motsvarer lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1 første ledd bokstav a. Det vises til spesielle merknader til denne bestemmelsen.

Til § 2-5. Individuell plan

Generelle merknader er gitt i kapittel 31.

Første ledd om plikt for helseforetaket til å utarbeide individuell plan er foreslått videreført uten endringer.

I *andre ledd* er det foreslått en ny bestemmelse for å klargjøre hvem som har ansvaret for å sette i gang arbeidet med individuell plan og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Etter forslaget skal kommunen i slike tilfeller sørge for at arbeidet med planen settes i gang, og at planarbeidet koordineres. Det er også foreslått en plikt for helseforetaket til å varsle kommunen så snart som mulig når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra helseforetakene og kommunen. I tillegg er det presisert at helseforetaket i slike tilfeller har plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan. Hvis en pasient bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, skal helseforetaket utarbeide individuell plan etter bestemmelsen i første ledd.

Til § 2-5 a Koordinator

Generelle merknader er gitt i kapittel 32.

I *første ledd* er det foreslått plikt til å oppnevne koordinator. Forslaget erstatter bestemmelsen om pasientansvarlig lege m.m. i § 3-7, som foreslås opphevet. Ordningen er foreslått avgrenset til å gjelde for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester. Pasienter kan ha behov for flere ulike del-tjenester i sitt forløp. Dette kan dreie seg om komplekse tjenester hvor det er behov for tjenester fra flere behandlingssenheter, fra ulike avdelinger i en behandlingssenhet og fra flere profesjoner. Et eksempel er kreftpasienter som vil ha behov for tjenester fra avdelinger som har ansvar for utredning og diagnostikk, fra kirurgisk avdeling, fra kreftavdeling og poliklinikker og fra flere profesjoner som leger, kreftsykepleiere, fysioterapeuter osv.

Koordinator skal ha hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbudet, samt fremdrift i arbeidet med individuell plan. Dette innebærer ikke at koordinator rent praktisk må utføre alle oppgavene selv. Koordinators ansvar er et «sørge-for-ansvar». Det må etableres systemer som legger til rette for hensiktsmessige løsninger mellom samarbeidende personell og merkantile

støttefunksjoner, men koordinator vil ha hovedansvaret for samordningen. I tillegg skal koordinator ha ansvar for å samordne behandlingen i forbindelse med institusjonsopphold. Koordinators ansvar «i forbindelse med» institusjonsopphold innebærer å sørge for nødvendig samordning før, under og etter innleggelse i institusjon, eksempelvis ved polikliniske forundersøkelser, ved oppfølging og etterbehandling.

Koordinator har ansvar for å følge opp innspill fra pasient og pårørende. Det ansees som oftest mest hensiktsmessig at koordinator også utpekes til å være den personen som skal gi informasjon etter helsepersonelloven § 10.

Oppnevning av koordinator innebærer ikke at vedkommende skal ha eneansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Ansvaret for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle.

For pasienter med gjentatte innleggelser bør det ved oppnevning av koordinator i størst mulig grad legges opp til at pasienten får samme koordinator ved hvert opphold.

I *andre ledd* er det foreslått at koordinator bør være lege. Dette kravet er ikke til hinder for at andre typer helsepersonell kan være koordinator hvis dette er mest hensiktsmessig både for pasienten og helseforetaket, og når det anses forsvarlig.

Dersom koordinator ikke er lege, må koordinatorrollen alltid utøves i nært samarbeid med behandlingsansvarlig lege.

I *tredje ledd* er departementet gitt mulighet til ved forskrift å gi nærmere bestemmelser om hvilke oppgaver koordinator skal utføre.

Til ny § 2-5 b. Koordinerende enhet

Generelle merknader er gitt i kapittel 32.

I *første ledd* er det foreslått en plikt for helseforetaket til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Forslaget innebærer en lovfesting av regler som i dag fremgår av forskrift om habilitering og rehabilitering § 13.

Det er i tillegg foreslått at enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan. Med «overordnet ansvar» menes blant annet ansvar for å utvikle og kvalitetssikre rutiner for utarbeidelse av planen. En viktig del av arbeidet vil være oppnevning, opplæring og veiledning av den som blir utpekt som koordinator.

Koordinerende enhet bør etablere rutiner for vurdering og håndtering av situasjoner der det for

eksempel uttrykkes ønske om oppnevning av ny koordinator.

I *andre ledd* er det foreslått en hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.

Til ny § 2-6 Utskrivningsklare pasienter

Generelle merknader er gitt i kapittel 40.

Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende rett og speiler forslaget til ny helse- og omsorgstjenestelov § 11-4 andre ledd. Se derfor spesielle merknader til ny helse- og omsorgstjenestelov § 11-4.

Til § 3-2 Journal- og informasjonssystemer

Generelle merknader er gitt i punkt 26.5.

Første ledd, andre punktum er en ny plikt som pålegger virksomheter som omfattes av loven å ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Kravet forutsetter at virksomheter som samarbeider med hverandre har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling. Virksomhetene bør derfor søke kunnskap om samarbeidende virksomheters journal- og informasjonssystemer. Kravet innebærer blant annet at man tar i bruk nasjonale standarder og funksjonskrav der disse er omforent eller fastsatt av myndighetene. Dette innebærer at funksjonskrav og krav til standardisering bør inngå allerede i planleggingsfasen av og i anskaffelsesgrunnlaget for en nyanskaffelse eller videreutvikling. Tilsvarende forpliktelse er foreslått for kommuner i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 5-10.

Til § 3-3 Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Generelle merknader er gitt i kapittel 42.

Første ledd fastsetter at formålet med meldeplikten er bedre pasientsikkerhet ved at meldingene brukes for å avklare årsaker til hendelsen, for så å forebygge at tilsvarende hendelse skjer igjen.

Andre ledd viderefører langt på vei meldeordningen slik den er i dag, men endrer adressat for meldingene til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Melding skal imidlertid sendes «straks». Med straks menes senest 24 timer etter at forholdet ble kjent. Dette er en vesentlig endring i forhold til i dag hvor loven fastslår at det skal meldes «snarest mulig». Dette er tolket slik at

meldingene skal sendes til Helsetilsynet i fylket senest innen to måneder, jf. Rundskriv I-54/2000.

Tredje ledd gir for det første Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten behandlingsgrunnlag for å innhente og registrere opplysninger. Det skal ikke registreres personidentifiserbare opplysninger, men mange variabler kan gjøre opplysningene indirekte identifiserbare.

For det annet angis formålet med behandlingen av meldingene. Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal behandle meldinger om uønskede hendelser med sikte på å bidra til læring og forbedring internt i helseforetak eller annen spesialisthelsetjeneste. Det forutsettes at Kunnskapssenteret også kan innhente supplerende informasjon i forbindelse med behandling av meldingene. Kunnskapssenteret skal komme med råd og forslag til videre håndtering, men det er helsetjenesten selv som velger hvordan hendelsen videre skal følges opp. Se nærmere om dette i punkt 42.8.4. Kunnskapssenteret skal også behandle meldingene for å samle og dele kunnskap med helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter, om tiltak som kan iverksettes for å bedre pasientsikkerheten.

Det fremgår av *fjerde ledd* at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal sikre konfidensialitet for både basismelder, involvert helsepersonell og virksomheten.

Hensikten med bestemmelsen er å sikre at personell som kan identifiseres ut fra informasjonen i meldingene, ikke skal kunne spores i læringsinformasjon som publiseres eller annen informasjon som gis fra meldesystemet.

Femte ledd forutsetter at hvis Kunnskapssenteret får opplysninger gjennom meldingene som tyder på alvorlig systemsvikt som krever tilsynsmessig oppfølging, skal det varsle Statens helsetilsyn. Med alvorlig systemsvikt menes at det på bakgrunn av en eller flere meldinger vurderes at risikoen for at pasienter blir utsatt for betydelig skade i spesialisthelsetjenesten er så stor, at det er behov for at Statens helsetilsyn vurderer å gripe inn for å forhindre at slik skade oppstår i fremtiden.

Det kan ikke reises tilsynssak eller begjæres påtale mot helsepersonell *på grunnlag av selve meldingen*, jf. *sjette ledd*. På denne måten sikres det at Statens helsetilsyn får informasjon om alvorlige saker som krever tilsynsmessig oppfølging, samtidig som en unngår at helsepersonell får administrative reaksjoner mv. på grunnlag av selve meldingen.

Det er altså ikke *handlingen* som er vernet ved den foreslåtte bestemmelsen. Den sier bare at tilsynsmyndigheten eller påtalemyndigheten ikke kan bruke selve *meldingen* til Kunnskapssenteret som grunnlag for å innlede en sak mot personellet. Dersom tilsynsmyndigheten får kjennskap til saken på annen måte, for eksempel fra pårørende, kan tilsynssak og eventuelt straffesak opprettes. Likeledes gjelder vernet bare tilsynssak eller straffesak mot enkeltpersoner, ikke mot virksomheten.

Forskriftshjemmelen i *syvende ledd* er en videreføring av gjeldende rett.

Til § 3-3 a Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser

Bestemmelsen er ny. Generelle merknader er gitt i kapittel 42.

Bestemmelsen lovfester den to-årig prøveordning som ble etablert 1. juni 2010. Formålet med ordningen er å sikre raskere og bedre opplyste hendelsesforløp og saksforhold, og dermed også redusert saksbehandlingstid i tilsynssaker. For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak, og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Ved vurderingen av om hendelsen er meldepliktig skal det legges vekt på om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå, om det er uklart hva som har skjedd, og om saken fremstår som kompleks.

Departementet understreker at dette er momenter som det skal legges vekt på i en total vurdering av om hendelsen skal meldes. Det vises til at man etter hvert vil vinne erfaringer med hvordan disse momentene tolkes av tjenesten.

Med straks menes at varselet må sendes snarest, og senest påfølgende dag.

Det forutsettes at tilsynsmyndighetene fører dialog både med pasient, pårørende og involvert personell i den utstrekning det er nødvendig for at saken skal bli tilstrekkelig opplyst.

Virksomheter under spesialisthelsetjenesten som ikke er helseforetak, eller som ikke har avtale med helseforetak, omfattes ikke av bestemmelsen.

I *andre ledd* gis departementet hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om varslingsplikten, blant annet om hvilke opplysninger varselet skal inneholde. Departementet gis også hjemmel til å

bestemme at andre tjenesteytere enn de som omfattes av første ledd skal omfattes av varslingsplikten. Et eksempel på dette kan være legespesialister uten avtale.

Til § 3-4 Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg

Generelle merknader er gitt i kapittel 21, se særlig punkt 21.3.5.3. Bestemmelsen viderefører spesialisthelsetjenestelovens § 3-4 om plikt til å opprette kvalitetsutvalg med noen justeringer.

Det fremgår av *første ledd* at kvalitetsutvalg erstattes med kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg for å få tydelig frem at også arbeidet med pasientsikkerhet bør være en del av disse utvalgenes mandat. Det vil være opp til virksomheten om det skal opprettes ett eller flere utvalg. Når pliktsubjektet i bestemmelsen er helseinstitusjonen, innebærer det at ansvaret for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid ligger på ledelsen, selv om det er opprettet slike utvalg.

Andre ledd er en videreføring av gjeldende rett, og gir utvalgene hjemmel til å kreve de opplysningene som er nødvendige for å utføre arbeid i utvalgene.

Tredje ledd er en videreføring av gjeldende rett og gir departementet hjemmel til å gi nærmere bestemmelser i forskrift.

Til § 3-4 a Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Første ledd inneholder plikt for enhver som yter helsetjenester etter loven til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Tilsvarende bestemmelse er gitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og det vises til de spesielle merknadene til denne bestemmelsen.

Til § 3-14 Adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelavhengighet m.m.

Generelle merknader er gitt i kapittel 29. Henvisningen til sosialtjenesteloven § 7-11 er fjernet og erstattet med henvisning til § 12-6 i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov.

Til § 4-2 Legefordeling

Generelle merknader er gitt i kapittel 44. Med tilføyselsen i spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 *siste ledd* om at departementet ved forskrift kan gi nærmere regler for tildeling av avtalehjemmel til lege- og psykologspesialister, vil departementet ha en uttrykkelig hjemmel til å regulere både kriteriene

for tildeling og hvordan prosessen skal gjennomføres.

Til § 7-3 Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Tilsvarende bestemmelse er gitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og det vises til de spesielle merknadene til denne bestemmelsen.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Til § 1-3 Offentlig myndighet

Generelle merknader er gitt i kapittel 9. Psykisk helsevernloven legger plikter i form av varsling og bistand (herunder begjæring, tidligere «tutor») til «offentlig myndighet». Offentlig myndighet defineres blant annet som «sosialtjenesten». Ved innføring av helse- og omsorgstjenesteloven vil begrepet «sosiale tjenester» omfatte de sosiale tjenestene i NAV. De sosiale tjenestene som i dag omfattes av sosialtjenesteloven vil omfattes av den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. Av den grunn må begrepet «den kommunale helse- og omsorgstjenesten» tas inn i § 1-3 første ledd.

Til § 4-1. Individuell plan

Generelle merknader er gitt i kapittel 31.

Første ledd om plikt for institusjonen til å utarbeide individuell plan er foreslått videreført uten endringer.

I andre ledd er det foreslått en ny bestemmelse for å klargjøre hvem som har ansvaret for å sette i gang arbeidet med individuell plan og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient har behov for tilbud både etter den nye loven og psykisk helsevernloven. Etter forslaget skal kommunen i slike tilfeller sørge for at arbeidet med planen settes i gang og at planarbeidet koordineres. Det er også foreslått en plikt for institusjonen til å varsle kommunen så snart som mulig når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra institusjonen og kommunen. I tillegg er det presisert at institusjonen i slike tilfeller har plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Hvis en pasient bare har behov for tjenester fra institusjonen, skal institusjonen utarbeide individuell plan etter bestemmelsen i første ledd.

Pasientrettighetsloven

Flere av pasientrettighetslovens bestemmelser er foreslått endret slik at rettighetene også skal gjelde for brukere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. De fleste endringene består i tilføyelser av «bruker» i tillegg til «pasient», og «omsorgstjenester» i tillegg til «helsetjenester» eller «helsehjelp».

Enkelte av pasientrettighetslovens bestemmelser er imidlertid innrettet mot og begrunnet ut fra særlige hensyn som gjør seg gjeldende ved ytelse av helsehjelp, og er ikke direkte overførbare til situasjoner der brukere mottar den type tjenester som idag er omfattet av sosialtjenesteloven. Departementet har ikke grunnlag for å endre disse nå. Dette gjelder blant annet medvirkning og informasjon til pårørende i lovens kapittel 3 og særskilt regulering av mindreåriges og deres pårørendes rett til informasjon.

Reglene om samtykke i lovens kapittel 4 henger nært sammen med reglene om bruk av tvang i lovens kapittel 4A, forslaget til kapittel 9 om rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning og kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. Målet på lengre sikt er å oppnå en bedre samordning av de forskjellige tvangsreglene. Departementet tar sikte på å gjennomgå reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4 i forbindelse med denne samlede vurderingen.

I tillegg til utvidelsene ovenfor, er det foreslått materielle endringer i medvirkningsbestemmelsen i § 3-1 og i klagereglene i lovens kapittel 7, der klageinstans og klageinstansens kompetanse er endret.

Til tittelen

Departementet foreslår at pasientrettighetslovens tittel endres til «pasient- og brukerrettighetsloven», ettersom loven også vil omfatte tjenestemottakere som ikke nødvendigvis er pasienter.

Til § 1-1 Formål

Generelle merknader er gitt i punkt 29.6.2.

Deler av formålsbestemmelsen til forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-1 nr. 2 og 3 er lagt til formålsbestemmelsen i pasientrettighetsloven. Formålet med endringen er å tilpasse målgruppen som trenger andre tjenester enn helsehjelp.

Til § 1-3 Definisjoner

Forslaget til ny *bokstav d* innebærer at den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester omfattes av definisjonen «helse- og omsorgstjenesten». Det skilles med andre ord mellom den videre helse- og omsorgstjenesten som omfatter hele sektoren, og den kommunale helse- og omsorgstjenesten som har et snevrere anvendelsesområde. Se omtale i kapittel 29.

Ny *bokstav f* definerer begrepet bruker. Se omtale i kapittel 7.

Til § 2-1 som oppheves

Generelle merknader er gitt i kapittel 29. For å tydeliggjøre den enkeltes rettigheter overfor spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste, foreslår departementet å dele opp dagens § 2-1 om rett til nødvendig hjelp i to bestemmelser. § 2-1 a gjelder overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og § 2-1 b gjelder overfor spesialisthelsetjenesten.

Til ny § 2-1a Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste

Generelle merknader er gitt i kapittel 29.

Første ledd regulerer pasienters og brukeres rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, og speiler kommunens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Bestemmelsen er en videreføring av pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum og en kodifisering av sosialtjenestens rett til øyeblikkelig hjelp. For deler av omsorgstjenestene (tidligere sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven) vil forslaget innebære en tydeliggjøring av retten til å få dekket øyeblikkelige omsorgsbehov og vil gjelde ved bistandsbehov som oppstår akutt, for eksempel ved pårørendes sykdom eller akutt endring av brukers behov.

Etter *andre ledd* har pasient og bruker rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» fra kommunen. Bestemmelsen er en videreføring og harmonisering av pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd andre punktum, kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd og sosialtjenesteloven § 4-3. Begrepet «nødvendig helsehjelp» i kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven og vilkårene i sosialtjenesten § 4-3, er erstattet med «nødvendige helse- og omsorgstjenester», uten at dette skal endre på innholdet i vurderingen.

For de tidligere sosiale tjenestene etter sosialtjenesteloven innebærer forslaget at dagens mer detaljerte utforming av rettigheter i sosialtjenesteloven § 4-3 erstattes med den rettslige standarden «nødvendige helse- og omsorgstjenester». Endringen er en videreføring av gjeldende rett og er ikke ment som noen utvidelse eller innskrenkning i forhold til dagens sosialtjenestelov.

Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» skal tolkes slik at det gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret. Det avgjørende må være den hjelpetrenghedens behov ut i fra en helse- og sosialfaglig vurdering. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, hvor det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Det er imidlertid en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Det vises i den forbindelse til «Fusa-dommen» Rt.1990 s. 874. For nærmere omtale av forsvarlighetskravet vises det til kapittel 20.

Som etter sosialtjenesteloven vil de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig bistand for å greie dagliglivets gjøremål, ha rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» fra kommunen. I disse situasjonene vil det fortrinnsvis bli gitt tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, c og d. Rettighetsbestemmelsen omfatter hjelpebehov av rent praktisk eller personlig art. Om en person «ikke kan dra omsorg for seg selv», krever en sosialfaglig vurdering, og i mange tilfeller også en helsefaglig vurdering, av vedkommendes funksjonsevne. Dette innebærer at også foreldre og deres mindreårige barn vil kunne ha rettigheter etter bestemmelsen, hvis omsorgen for barnet overgår foreldrenes omsorgsevne. Dette kan skyldes forhold hos barnet (enkelte funksjonshemmede barn kan for eksempel ha et så stort omsorgsbehov at dette overstiger foreldrenes omsorgsevne) eller foreldrenes egen helse eller funksjonshemming.

Rettighetsbestemmelsen vil i utgangspunktet omfatte alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med behov for tjenester på grunn av somatisk sykdom eller skade, psykiske problemer eller lidelser, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Rettigheten vil vedkommende ha overfor den kommunen ved-

kommende oppholder seg i, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd.

Selv om en person har et rettskrav på «nødvendige helse- og omsorgstjenester» betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen. Med andre ord er det ikke slik at personen, selv om vedkommende har krav på «nødvendige helse- og omsorgstjenester» fra kommunen, også dermed har et rettskrav på en bestemt tjeneste, for eksempel en institusjonsplass. Dette er en videreføring av gjeldende rett både for kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten, men blir nå klarere ved at kommunens plikter og pasientens og brukernes rettigheter blir regulert i ulike lover. Dersom en pasient eller bruker har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester er det kommunen som må vurdere, og i utgangspunktet beslutte hva slags hjelp som skal tilbys, ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. Slik sett kan en kommune fatte vedtak om tilbud om helsetjenester i hjemmet, fremfor tildeling av plass i institusjon under forutsetning av at det innebærer et forsvarlig tilbud.

Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i lovene er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til tjenestemottakerens ønsker og synspunkter. Forsvarlighetskravet innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste, for eksempel institusjonsplass, er eneste alternativ for å kunne yte et forsvarlig tilbud i det konkrete tilfellet, vil vedkommende pasient eller bruker ha et rettskrav på den bestemte tjenesten.

I bestemmelsens *tredje ledd* er det presisert at pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b. Henvisningen til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 viser at retten til et verdig tjenestetilbud faller inn under, og er en del av, det generelle forsvarlighetskravet. Kravet til et verdig tjenestetilbud kan allerede i dag innfortolkes i dagens generelle forsvarlighetskrav. Kravet til forsvarlighet innenfor helse- og omsorgstjenesten har utviklet seg over tid. Et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, vil heller ikke kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud. Det vises til nærmere omtale av dette i punkt 20.5 og punkt 29.9. Ved kongelig resolusjon av 12. november 2010 ble det fastsatt forskrift om en verdig eldreomsorg med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a og sosialtjenesteloven § 4-6. Forskriften presiserer begrepet «verdige tjenestetilbud», ved å angi en rekke hensyn som tjenestetilbudet må legge til rette for.

Etter *fjerde ledd* skal kommunen gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingmessige opplysningene vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Bestemmelsen viderefører pasientrettighetsloven § 2-1 tredje ledd og kommunehelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd.

I *femte ledd* foreslås videreført den forskriftshjemmelen som i dag følger av pasientrettighetsloven § 2-1 sjettede ledd.

Til ny § 2-1 b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Bestemmelsen regulerer rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og viderefører pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum og andre til syvende ledd. Se nærmere omtale i kapittel 29, og Ot.prp. nr. 12 (1998-99) *Om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)* og Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) *Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.*

Til ny § 2-1 c Pasientrettigheter i fastlegeordningen

Generelle merknader er gitt i kapitlene 15, 19 og 30. Bestemmelsen gjelder pasientrettigheter i fastlegeordningen og viderefører kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a.

I *første ledd* gis enhver som er bosatt i en norsk kommune rett til å stå på liste hos en lege med fastlegeavtale eller hos et legesenter med fellesliste. Dette er en snevrere gruppe enn den som har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester etter § 2-1 a, det vil si de som oppholder seg i en kommune. Fastlegeordningen forutsetter at det er kontinuitet i lege-pasientforhold. Det vil derfor ha lite hensikt å gi dem som midlertidig oppholder seg i en kommune, rett til fastlege. Med bosatt menes de som er registrert bosatt i en norsk kommune etter lov 16. januar 1970 nr. 1 om folkeregistrering.

Ved å knytte bosatt-begrepet til folkeregistreringsloven vil imidlertid de som ikke har oppholdstillatelse falle utenom. Asylsøkere som oppholder seg i landet mens asylsøknaden behandles, vil ofte kunne ha behov for det allmennlegetilbudet fastlegeordningen innebærer. Derfor gis også asylsøkere og deres familie rett til å stå på liste hos fastlege, når de er medlem av folketrygden etter forskrift om trygddekning for asylsøkere m.m. av 15. april 1997 nr. 315.

Retten til fastlege er ikke begrenset til å gjelde i den kommune der innbyggeren er registrert bosatt. Det er adgang til å velge fastlege over kommunegrensene.

I *andre ledd* gis personer som står på fastleges liste rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året. Adgangen til å skifte fastlege er begrenset til to ganger per år. Begrensningen gjelder ikke dersom lege skiftes som følge av flytting, eller dersom fastlegen reduserer listen. Skifte av fastlege meldes til HELFO innen en nærmere fastsatt dato i hver måned, og får virkning fra måneden etter.

Personer som er tilnyttet en fastlege har rett til ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale. Retten gjelder når pasienten har fått en første vurdering av fastlegen. Krav om ny vurdering må være relatert til samme forhold som den første vurderingen. Bakgrunnen for kravet kan være at man er uenig i diagnosen, vurderingen av sykdommens alvorlighet eller behandlingsopplegget.

I den nye vurderingen kan det være behov for å foreta kliniske undersøkelser for å vurdere pasientens tilstand på ny. Bestemmelsen innebærer imidlertid ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser, dersom det ikke er nødvendig for å ivareta en forsvarlig ny vurdering.

I *tredje ledd* fremgår at rettighetene i første og andre ledd ikke gjelder i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd. Rettigheter etter denne bestemmelsen gjøres gjeldende overfor den kommunen rettighetshaverne har eller ønsker fastlege i. I kommuner der det i en lengre periode ikke er mulig å organisere allmennlegetjenesten som en fastlegeordning, kan disse rettighetene ikke gjøres gjeldende. Retten til nødvendig helse- og omsorgstjenester etter § 2-1 a suspenderes ikke. Det vises til Ot.prp. nr. 99 (1998-99) *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenester i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)*

I *fjerde ledd* gis særskilt hjemmel til å gi forskriftsbestemmelser om gjennomføring og utfylling av pasientrettigheter i fastlegeordningen, herunder om barns rettigheter og plassering på liste. Forskrifthjemmelen gir ikke adgang til å gi regler om organisering av kommunens virksomhet.

Til § 2-3 Rett til fornyet vurdering

Bestemmelsen viderefører gjeldene rett. For å fange opp at deler av dagens sosialtjeneste etter forslaget til ny helse- og omsorgstjenestelov inngår i kommunens helse- og omsorgstjeneste, er det tilføyet at kommunens helse- og omsorgstjeneste i tillegg til sosialtjenesten kan henvise til fornyet vurdering ved behov for tverrfaglig spesi-

sert behandling for rusmiddelavhengighet. Begrepet «rusmiddelmisbruk» er erstattet med «rusmiddelavhengighet, i tråd med dagens språkbruk.

Til § 2-4 Rett til valg av sykehus m.m.

I bestemmelsens *tredje ledd* er hjemlene for tilbakeholdelse av rusmiddelavhengig i institusjon etter ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov innarbeidet. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett.

Til § 2-5 Rett til individuell plan

Generelle merknader er gitt i kapittel 31. Den viderefører gjeldende rett. Retten til individuell plan etter sosialtjenesteloven er videreført i denne bestemmelsen gjennom å presisere retten til også å gjelde brukere og ved å henvise til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov.

Til § 2-7. Forvaltningslovens anvendelse

Generelle merknader er gitt i kapittel 11.

I *første ledd* er det foreslått at forvaltningsloven kapittel IV og V om enkeltvedtak ikke skal gjelde for vedtak som treffes etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. I gjeldende § 2-7 er det gjort unntak fra hele forvaltningsloven for vedtak som treffes etter pasientrettighetsloven kapittel 2. Forslaget innebærer at reglene i forvaltningsloven kapittel II om habilitet og III om alminnelige saksbehandlingsregler skal gjelde både for kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at forvaltningsloven får utvidet anvendelse i forhold til gjeldende bestemmelse. Det er redegjort nærmere for reglene i forvaltningsloven kapittel II og III i punkt 11.7.3.

I nytt *andre ledd* er det foreslått en bestemmelse avgrenset til vedtak etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, § 3-6 og § 3-8. Disse bestemmelsene gjelder tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven: praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, støttekontakt, avlastningstiltak, omsorgslønn og plass i institusjon. I tillegg omfattes helse-tjenester i hjemmet og plass i sykehjem. Forslaget innebærer at bestemmelsene i forvaltningsloven kapittel IV og V om enkeltvedtak skal komme til anvendelse ved tildeling og bortfall av slike tjenester hvis de forventes å vare lenger enn to uker.

Hensikten med forslaget i andre ledd er å videreføre gjeldende rett og å ha smidige regler for akutsituasjoner. Hvis det er aktuelt å innvilge hjelp for en lengre periode, skal reglene om enkeltvedtak følges for de angitte tjenestene. Det skal ikke være mulig å omgå to-ukers regelen ved å treffe flere korttidsvedtak etter hverandre. Der- som det er grunn til å tro at behovet for tjenester regulert i de nevnte bestemmelsene vil gjelde for et tidsrom på over to uker, skal reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven følges. Vedtak om tilde- ling av tjenester skal iverksettes straks med min- dre annet følger av vedtaket.

I *tredje ledd* er det foreslått en videreføring av det unntaket fra forvaltningsloven som i dag gjel- der etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 femte ledd og sosialtjenesteloven § 8-1 andre ledd andre punktum om forholdet til konkurrerende søkere hvis flere samtidig søker om tjenester det er knapphet på.

Til § 2-8 Tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver

Bestemmelsen viderefører sosialtjenesteloven § 4-4. Etter bestemmelsen kan de som har særlig tyn- gende omsorgsarbeid kreve at kommunens helse- og omsorgstjeneste treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i. Bestemmelsen gir ingen materielle rettigheter, men kun en rett til å få et vedtak. Det nærmere innholdet i bestem- melsen fremgår av Ot. prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v. punkt 4.4 og merknadene til paragrafene. Bestemmelsen er også omtalt foran i kapittel 30.

Til § 3-1 Pasientens og brukers rett til medvirkning

Bestemmelsens *andre ledd* er endret slik at også brukere har rett til å medvirke ved gjennomførin- gen av helse- og omsorgshjelpen. Bestemmelsen er omtalt i punkt 30.6.

Første punktum forutsetter at kommunen så langt som mulig samarbeider med bruker og pasi- ent når tjenestetilbudet utformes. Til forskjell fra bestemmelsens første ledd, som regulerer rett til medvirkning under gjennomføringen av helse- og omsorgshjelpen, regulerer andre ledd medvirk- ning ved «utformingen av tjenestetilbudet», det vil si under saksbehandlingen og frem til vedtak fat- tes.

Etter *andre punktum* skal det legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utfor-

ming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstje- nesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, § 3-6 og § 3-8. Bestemmelsen viderefører sosialtjenesteloven § 8-4. Det er et viktig prinsipp at tjenestetilbudet så langt som mulig bør ta hensyn til den enkeltes spesielle behov og ønsker. Kommunen må anstrenge seg for å finne individuelt tilpassede løs- ninger. Vedkommende må da tas med på råd. Dette er viktigere jo mer vesentlig tjenesten er for brukerens eller pasientens velferd og livssitua- sjon. Bestemmelsen i § 3-2 første ledd nr. 6 omfat- ter blant annet helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, praktisk bistand, opplæring, støttekon- takt, plass i institusjon (også sykehjem) og avlast- ningstiltak. §§ 3-6 og 3-8 gjelder henholdsvis omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse. Det er kommunen som i utgangspunktet utformer tjenestetilbudet og velger hjelpeform.

Bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 8-3 før- ste ledd om at barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det, er tatt inn i *tredje punktum*. Denne konkrete rådføringsplikten skal kun gjelde ved tje- nester som i dag er omfattet av sosialtjenestelo- ven. Dette er blant annet helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse etter ny lov § 3-2 første ledd nr. 6, se leddets andre punktum. Forslaget medfører derfor ingen endringer i gjeldende rett når det gjelder pasientrettighetslovens regulering av mindreårige pasienters rett til medvirkning etter § 3-1, retten til informasjon etter § 3-4 eller bestemmelsen om samtykke på vegne av barn etter § 4-4. Bestemmelsen vil særlig ha betydning i de tilfellene der pasientrettighetslovens bestem- melser om barns og deres pårørendes rettigheter ikke vil gjelde fordi barnet ikke regnes som pasi- ent. Se også barnelova § 31 for regulering av forel- drens ansvar for å høre barnas synspunkter.

I bestemmelsens *fjerde ledd* er det presisert at den enkelte pasient eller brukers ønske om at andre personer skal være tilstede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes. Endringen innebærer en styrking av pasienten eller brukers rettighet sammenlig- net med dagens ordlyd hvoretter den enkeltes rett skulle imøtekommes «så langt som mulig».

Til § 3-2 Pasientens og brukers rett til informasjon

Generelle merknader er gitt i punkt 30.6.

Brukers rett til informasjon er innarbeidet i bestemmelsens *siste ledd*. Etter bestemmelsen skal brukeren ha den informasjonen som er nød- vendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbu-

det og for å kunne ivareta sine rettigheter. Bestemmelsen speiler personellens plikt til å gi informasjon etter helsepersonelloven § 10, jf. forslaget til kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 2-1 som gir helsepersonelloven anvendelse for alt personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven. Informasjonen må være tilstrekkelig til at brukeren kan ivareta sine rettigheter, herunder bruke sin rett til medvirkning etter § 3-1.

Til § 3-5 Informasjonens form

For å fange opp at bestemmelsen skal gjelde både pasienter og brukere, er det gjort endringer i bestemmelsens *andre* og *tredje ledd*.

Til § 6-1 nytt andre ledd

Generelle merknader er gitt i kapittel 29. Bestemmelsen viderefører dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd.

Til ny § 6-5 Partsrettigheter ved søksmål

Generelle merknader er gitt i kapittel 30. Bestemmelsen viderefører gjeldende regler om barns partsrettigheter i sosialtjenesteloven § 8-3 andre ledd.

Til § 7-1 Anmodning om oppfyllelse

Bestemmelsen foreslås opphevet. Se generelle merknader i kapittel 34.

Til § 7-2 Klage

Generelle merknader er gitt i kapittel 34.

Første ledd viderefører gjeldende bestemmelse i § 7-2 første ledd, med den endring at klagen ikke skal sendes til klageinstansen, men til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen. Forslaget gjelder både for kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenesten.

Andre ledd viderefører gjeldende bestemmelse i § 7-2 andre ledd.

Tredje ledd viderefører gjeldende bestemmelse i § 7-1 andre ledd. Andre enn pasienter og brukere som er tillagt selvstendige rettigheter, er også gitt rett til å klage på enkeltvedtak eller avgjørelser til Fylkesmannen. Dette gjelder for eksempel pårørende, som har rett til informasjon, samtykke og journalinnsyn.

Fjerde ledd viderefører gjeldende bestemmelse i § 7-1 tredje ledd. Pasientens eller brukerens representant defineres som den som har fullmakt

til å klage på vedkommendes vegne, eller som har samtykkekompetanse etter loven kapittel 4. Fordi pasienten eller brukeren selv kan velge sin fullmektig, er det et krav om skriftlig fullmakt som sikrer at iverksetting av klagebehandling er i samsvar med pasientens ellers brukerens ønsker, jf. forvaltningsloven § 12 fjerde ledd.

Til § 7-3 Klagens form og innhold

Bestemmelsen viderefører gjeldende bestemmelse i § 7-3 med den endring at «Helsetilsynet i fylket» er erstattet med «Fylkesmannen», og «pasienten» er erstattet med «pasienten eller brukeren».

Til § 7-4 Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd

Bestemmelsen viderefører gjeldende bestemmelse i § 7-4. «Pasienten eller andre som har rett til det» er erstattet med «pasienten, brukeren eller andre som har rett til det», og «han» er erstattet med «vedkommende».

Til § 7-5 Frist for klage

Generelle merknader er kapittel 34.

Etter dagens § 7-5 er fristen for anmodning etter § 7-1 fire uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en anmodning, mens fristen for å klage er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen. Det foreslås at fristen for å klage settes til fire uker fordi adgangen til å anmode om oppfyllelse etter § 7-1 er foreslått opphevet.

Til § 7-6 Forvaltningslovens anvendelse

Generelle merknader er gitt i punkt 34.7.9.

Forslaget innebærer at ordningen i forvaltningsloven § 34 i utgangspunktet skal legges til grunn for klageinstansens kompetanse. For kommunale vedtak om helsetjenester skal Fylkesmannen legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Dette er i tråd med forvaltningsloven § 34 andre ledd siste punktum og innebærer en videreføring av gjeldende rett. Kommunale vedtak om helsetjenester vil etter lovforslaget omfatte helsetjenester i hjemmet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a. Dette vil særlig gjelde hjemmesykepleie, men også for eksempel fysioterapi og ergoterapi. I tillegg omfattes tildeling av

sykehjemsplass, jf. samme bestemmelse bokstav b.

For øvrige kommunale vedtak er det foreslått at klageinstansen skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Dette gjelder tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven. Forslaget vil ikke innebære noen endring av betydning i forhold til gjeldende rett, jf. reguleringen av Fylkesmannens kompetanse i klagesaker i sosialtjenesteloven § 8-7. Disse kommunale vedtakene vil omfatte personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, avlastningstiltak, jf. samme bestemmelse bokstav d, omsorgslønn, jf. § 3-6 og brukerstyrt personlig assistanse, jf. § 3-8.

Av forslaget til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5 fremgår det at kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering. Vedtak om tildeling av tjenester til personer som har behov for rehabilitering og habilitering, vil i all hovedsak bli fattet med hjemmel i andre bestemmelser, for eksempel vedtak om helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand eller støttekontakt. I den grad det likevel kan være aktuelt å fatte vedtak med hjemmel i § 3-2 første ledd nr. 5, og det dreier seg om tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, skal pasientrettighetsloven § 7-6 første ledd siste punktum legges til grunn.

Hvis det tildeles plass i institusjon, og dette ikke er helsetjeneste, vil også § 7-6 første ledd siste punktum gjelde. Dette er aktuelt ved tildeling av plass i aldershjem og barneboliger.

Den alminnelige ordningen etter forvaltningsloven § 34 siste ledd er at klageinstansen selv kan treffe nytt vedtak i saken eller oppheve vedtaket og sende saken tilbake til underinstansen til helt eller delvis ny behandling. Denne regelen vil gjelde tilsvarende ved klage etter pasientrettighetsloven. Når det gjelder vedtak om tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, bør imidlertid Fylkesmannen som hovedregel ikke benytte kompetansen til å fatte nytt vedtak ved overprøving av det frie skjønn, i tråd med gjeldende rett. Dette er ikke til hinder for at Fylkesmannen kan endre vedtaket i særlige tilfeller hvis saken haster, og det er behov for en rask avklaring. Ett eksempel kan være at Fylkesmannen selv endrer vedtaket dersom den tar til følge klage over vedtak om sommeravlastning for et funksjonshemmet barn, og sommerferien nærmer seg.

Helsepersonelloven

Lovforslaget er en harmonisering av to lover. Helsepersonelloven kommer til anvendelse for alt personell som yter tjenester omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1. Se omtale i punkt 10.3.

Til § 3 Definisjoner

Generelle merknader til *tredje ledd* er gitt i kapittel 20.

Endringen viderefører gjeldende rett. Det foreslås i tredje ledd en presisering av definisjonen av helsehjelp i tråd med pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Generelle merknader til *fjerde ledd* er gitt i punkt 10.5.3. Fjerde ledd er en teknisk endring som følge av opphevelse av kommunehelsetjenesteloven.

Til § 4 Forsvarlighet

Generelle merknader er gitt i punkt 31.7.5.

Den foreslåtte endringen i *andre ledd* innebærer at helsepersonell har plikt til å delta i arbeidet med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan. Helsepersonelloven skal som hovedregel gjelde tilsvarende for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, og bestemmelsen vil dermed også gjelde for personell som ikke kan defineres som helsepersonell.

Til § 16 Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll

Generelle merknader er gitt i punkt 10.10.1.

Gjeldende bestemmelse gir i § 16 *andre ledd* departementet adgang til ved forskrift å fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll. Departementet mener dette er overflødig sett i sammenheng med andre bestemmelser om internkontroll.

Forslaget innebærer at det kan gis forskrift som regulerer prosedyrer for administrering av legemidler for enkelte helsepersonellgrupper uten rekvireringsrett.

I helseinstitusjoner og virksomheter som yter helsehjelp, vil det ikke alltid være praktisk mulig at rekvirent (i hovedsak lege) er til stede for enhver igangsetting og instruering av legemiddelbehandling av den enkelte pasient. Et eksempel er ambulansetjenesten. Der det er nødvendig for å

kunne yte forsvarlig helsehjelp til pasientene, er det behov for at virksomheten kan organiseres slik at ordinering av legemidler kan skje i henhold til på forhånd fastsatte helsefaglige prosedyrer. Slike prosedyrer vil kunne erstatte en individuell ordinering til enkeltpasienter gjort av rekvirerende lege. Ordinering gjennom prosedyrer kan da skje til grupper av pasienter som er definert ut fra nærmere bestemt helsetilstand.

Til § 20 a Plikter etter pasientskadeloven

Generelle merknader er gitt i kapittel 25.

Endringene i *første ledd* foreslås som følge av at kommunehelsetjenesteloven § 4-1 første ledd ikke videreføres i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov. Dette er likevel kun en språklig endring, som ikke innebærer en endring i rettstilstanden.

Til ny § 38 a. Melding om behov for individuell plan og koordinator

Generelle merknader er gitt i kapittel 31.

Bestemmelsen er ny. Forslaget pålegger helsepersonell en plikt til snarest mulig å gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator. Det er også presisert hvem meldingen skal gis til.

Til § 67 a Forbud mot bruk av meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som grunnlag for å opprette sak mot helsepersonell i medhold av kapittel 11

Generelle merknader i punkt 42.8.6. Bestemmelsen er ny.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med at meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 foreslås flyttet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Et viktig formål med denne endringen er å øke antall meldinger. For å oppnå dette, er det viktig at helsepersonell ikke frykter sanksjoner på bakgrunn av den meldingen som sendes til Kunnskapssenteret.

Det er altså ikke *handlingen* som er vernet ved den foreslåtte bestemmelsen. Den sier bare at tilsynsmyndigheten eller påtalemyndigheten ikke kan bruke selve *meldingen* til Kunnskapssenteret som grunnlag for å innlede en sak mot personellet. Dersom tilsynsmyndigheten får kjennskap til saken på annen måte, for eksempel fra pårørende, kan tilsynssak og eventuelt straffesak opprettes. Likeledes gjelder vernet bare tilsynssak eller straffesak mot enkeltpersoner, ikke mot virksomheten.

Pasientskadeloven

Til § 1 Pasientskade

Av *første ledd bokstav a* følger det at loven gjelder for institusjon i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter helsepersonelloven § 3 fjerde ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd, kan det gis forskrifter om hva som er å anse som slik institusjon.

Helseregisterloven

Til § 3 Saklig virkeområde

Generelle merknader er gitt i punkt 9.17.

Første ledd bestemmer at helseregisterlovens virkeområde er helse- og omsorgstjenesten. Dette er en utvidelse ettersom loven i dag gjelder for helsetjenesten. Utvidelsen gjelder den behandlingen av personopplysninger som følger av tjenester etter dagens sosialtjenestelov. Slik behandling av opplysninger er i dag hjemlet i sosialtjenesteloven og personopplysningsloven.

Til § 6 Behandlingsrettet helseregister

Generelle merknader er gitt i kapittel 26. Bestemmelsen er ny.

Fjerde ledd gir Kongen hjemmel til i forskrift å fastsette at helseopplysninger i behandlingsrettet register skal behandles elektronisk. I helseregisterloven § 1 nr. 5 er «behandling av helseopplysninger» definert som «enhver formålsbestemt bruk av helseopplysninger, som f.eks. innsamling, registrering, sammenstilling, lagring og utlevering eller en kombinasjon av slike bruksmåter». Regulering av at utlevering skal skje i elektronisk form, vil kunne være aktuelt for eksempel ved forsendelse av epikriser, utskrivingsmeldinger fra sykehus til omsorgstjenesten, henvisninger og oversendelse av hele journaler ved behov. Det vil også kunne oppstå behov for elektronisk utlevering av opplysninger til pasienter og andre som ikke har pasientjournalssystemer.

Forskriftsfesting av elektronisk utlevering av helseopplysninger vil ikke utvide adgangen til å utlevere helseopplysninger, men åpner for å kreve at utlevering skal skje i elektronisk form. Det forutsettes at all utlevering av helseopplysninger er i samsvar med gjeldende regler om behandling av helseopplysninger og taushetsplikt. Plikten til elektronisk føring og kommunikasjon vil rette seg mot virksomheter, men også mot helsepersonell i den grad disse driver egen praksis.

Til § 16 Sikring av konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet

Generelle merknader er gitt i kapittel 26.

Forslaget til endringer i *fjerde ledd* viderefører og klargjør gjeldende rett etter helseregisterloven §§ 6 tredje ledd og 16 fjerde ledd. Det presiseres i bestemmelsen at Kongen i forskrift kan sette krav om sertifisering ved behandling av helseopplysninger. Sertifisering er en bekreftelse utstedt av en uavhengig tredjepart som dokumenterer at bestemte formaliserte krav er oppfylt, og som inneholder en beskrivelse av hvilken metode som er benyttet for å dokumentere at kravene er oppfylt. En sertifisering kan ha forskjellige nivåer tilpasset behovene innenfor det aktuelle området. Sertifiseringen vil kunne gjelde programvare, men også annen samhandlingsarkitektur som er av betydning for behandling av helseopplysninger. Før nye versjoner av et system gjøres tilgjengelig, må sertifiseringen gjentas.

Helseforetaksloven

Til § 2 tredje ledd

Det fremgår av *tredje ledd* at helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning samt andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstje-

nesten. Tillegget «eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten» er tatt inn for å presisere at helseforetak kan yte tjenester på vegne av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slikt gjensidig samarbeid om utførelsen av oppgaver kan være hensiktsmessig i de avtalene som inngås etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd.

Til § 33 Pasienters og andre brukeres innflytelse

Generelle merknader er inntatt i punkt 9.14.3. Det vises til spesielle merknader til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-10 fjerde ledd.

I nytt *tredje ledd* presiseres at regionalt helseforetak skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven §§ 3-1 nr. 4 og 3-5.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

I

Kapittel 1 Formål og virkeområde

§ 1-1 Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

§ 1-2 Lovens virkeområde

Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen eller private som har avtale med kommunen, når ikke annet følger av loven her.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven her.

Kongen kan gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

Kapittel 2 Forholdet til andre lover

§ 2-1 Forholdet til helsepersonelloven

Helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen, herunder om at enkelte bestemmelser i helsepersonelloven ikke skal gjelde for personell som yter bestemte tjenester etter loven her.

§ 2-2 Forholdet til forvaltningsloven

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven.

Kapittel 3 Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras.

§ 3-2 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a) helsetjeneste i skoler og
 - b) helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a) legevakt,
 - b) heldøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c) medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a) helsetjenester i hjemmet,
 - b) personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
 - c) plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d) avlastningstiltak.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav og om adgangen til suspensjon av fastlegeordningen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

§ 3-3 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

§ 3-4 Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

§ 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide.

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om innholdet i plikten etter første til tredje ledd, herunder hvilke pasient- og brukergrupper som skal omfattes av tilbudet.

§ 3-6 Omsorgslønn

Kommunen skal ha tilbud om omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

§ 3-7 Boliger til vanskeligstilte

Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.

§ 3-8 Brukerstyrt personlig assistanse

Kommunen skal ha tilbud om personlig assistanse etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, i form av praktisk bistand og opplæring, organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

§ 3-9 Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

I de kommuner hvor det ligger fengsler i kriminalomsorgen skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte.

§ 3-10 Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av denne lov, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Helse- og omsorgstjenesten bør samarbeide med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Kommuner innenfor forvaltningsområdet for samisk språk, jf. sameloven § 3-1 nr. 1, skal i tillegg til det som fremgår av første og andre ledd, sørge for at samiske pasienters eller brukeres behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utforming av tjenesten. Dette gjelder også den enkeltes utvidede rett til bruk av samisk språk i helse- og omsorgstjenesten etter sameloven § 3-5.

Kapittel 4 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

§ 4-1 Forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter denne lov skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt etter første ledd bokstav d.

§ 4-2 Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter denne lov skal sørge for at virksomheten

arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.

Kapittel 5 Særlige plikter og oppgaver

§ 5-1 Transport av behandlingspersonell

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for transport av behandlingspersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet.

§ 5-2 Beredskapsarbeid

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

§ 5-3 Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge personell som i kommunen utfører oppgaver etter denne loven, å utføre nærmere tilvist arbeid.

Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.

Den kommunen som mottar bistand etter andre ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt.

§ 5-4 Politiattest

Kommunen eller annen arbeidsgiver som yter tjenester etter denne lov, skal ved tilbud om stilling eller oppdrag, kreve politiattest fra personell som skal yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemning. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemning.

Politiattesten skal vise om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller er dømt for brudd på straffeloven §§ 192 til 197, 199, 200 andre ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204 a. Attes-

ten skal være uttømmende og ikke eldre enn tre måneder.

Den som er ilagt forelegg eller dømt for overtredelse som nevnt i andre ledd, er utelukket fra å utføre arbeid eller oppgaver som omhandlet i første ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av kravet om politiattest.

§ 5-5 *Kommunelege – medisinskfaglig rådgivning*

Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege. Kommunelege plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningssentral.

Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen.

§ 5-6 *Sprøyterom*

Sprøyteromsordninger etablert i medhold av sprøyteromsloven er å anse som en kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommunen avgjør om den vil etablere en sprøyteromsordning. Kommunen kan ikke inngå avtale med private om drift av sprøyteromsordning.

§ 5-7 *Registrering av meldinger*

Kommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i kommunen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til et sentralt register.

§ 5-8 *Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen*

Kommunen kan pålegge personell som yter tjenester etter denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum kan bare skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov.

Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

§ 5-9 *Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen*

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid som omfattes av denne loven, skal på anmodning gi

Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Den som skal gi opplysninger etter første punktum, skal også gi Statens helsetilsyn og Fylkesmannen adgang til virksomheten.

Den som skal gi opplysninger etter første ledd, eller som ønsker å gi opplysninger til Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen av eget tiltak, kan gjøre det uten hinder av taushetsplikt, dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver etter lov, forskrift eller instruks.

Opplysninger som er gitt Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen i henhold til denne bestemmelsen, kan uten hinder av taushetsplikten forelegges sakkyndige til uttalelse eller departementet til orientering.

§ 5-10 *Journal- og informasjonssystemer*

Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Kapittel 6 Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv.

§ 6-1 *Plikt til å inngå samarbeidsavtale*

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helse-regionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

§ 6-2 *Krav til avtalens innhold*

Avtalen skal som et minimum omfatte:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og

- omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
 4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
 5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
 6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
 7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
 8. samarbeid om jordmortjenester,
 9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
 10. samarbeid om forebygging og
 11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.

§ 6-3 *Frist for inngåelse av avtale*

Departementet kan fastsette en frist for når avtale som nevnt i § 6-1 skal være inngått. Det kan settes ulik frist for de forskjellige kravene etter § 6-2.

§ 6-4 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet*

De regionale helseforetakene skal sende avtaler som nevnt i § 6-1 til Helsedirektoratet innen en måned etter at de er inngått, og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

§ 6-5 *Endring og oppsigelse av avtaler*

Avtalepartene skal årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser.

Avtalen kan sies opp med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

§ 6-6 *Samarbeid mellom kommuner*

Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Kapittel 7 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

§ 7-1 *Individuell plan*

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold.

§ 7-2 *Koordinator*

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

§ 7-3 *Koordinerende enhet*

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.

Kapittel 8 Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

§ 8-1 *Undervisning og praktisk opplæring*

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.

§ 8-2 Videre- og etterutdanning

Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, får påkrevd videre- og etterutdanning.

Kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om videre- og etterutdanningen.

§ 8-3 Forskning

Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kapittel 9 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

§ 9-1 Formål

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt.

Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett.

Ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte.

§ 9-2 Virkeområde

Reglene i dette kapitlet gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter § 3-2 nr. 6 bokstavene a til d til personer med psykisk utviklingshemning.

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet regnes tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

§ 9-3 Rett til medvirkning og informasjon

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten.

Brukeren, pasienten, pårørende, verge eller hjelpeverge, skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.

Dersom verge eller hjelpeverge ikke allerede er oppnevnt der kommunen anser det aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet, skal hjelpeverge oppnevnes. Kommunen skal begjære oppnevning av hjelpeverge dersom ikke oppnevning er begjært av andre som kan fremsette slik begjæring, jf. vergemålsloven § 90 a. Opplysninger om personlige forhold som hjelpevergen mottar, kan bare gis videre dersom det er nødvendig for å utføre hjelpevergeoppdraget.

Som pårørende regnes den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 9-4 Krav til forebygging

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i § 9-1 andre ledd, jf. også § 9-5 første ledd, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring etter § 8-1, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter dette kapitlet.

§ 9-5 Vilkår for bruk av tvang og makt

Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter dette kapitlet settes i verk. Kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse.

Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte bruker eller pasient. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.

Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:

- a) skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner,
- b) planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner eller,
- c) tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

§ 9-6 *Særlige grenser for bruk av enkelte tiltak*

Mekaniske tvangsmidler som hindrer brukerens eller pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at brukeren eller pasienten skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 9-5 være oppfylt.

Dersom en nødssituasjon etter § 9-5 tredje ledd bokstavene a og b gjør det nødvendig å skjerme brukeren eller pasienten fra andre personer, skal skjermingen foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses. Vedkommende skal i alle tilfeller holdes under oppsyn, og skjermingen skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll.

Det er ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c som påfører brukeren eller pasienten smerte eller psykisk eller fysisk skade, herunder all form for fysisk refselse, eller som innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for brukeren eller pasienten eller medfører fysisk isolering.

§ 9-7 *Kommunens saksbehandling*

Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 9-5 tredje ledd bokstav a treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller – dersom det ikke er tid til dette – av tjenesteyteren. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Reglene i tredje ledd bokstavene a til e og bokstav i om hva som skal nedtegnes, gjelder tilsvarende. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge eller hjelpeverge og pårørende, eller på den måten Fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 9-11 første ledd.

Vedtaket i medhold av § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene.

Vedtaket skal settes opp skriftlig og inneholde:

- a) brukerens eller pasientens navn og tid og sted for vedtaket,
- b) beskrivelse av brukerens eller pasientens situasjon og en faglig vurdering av denne,
- c) beskrivelse av de tiltakene som skal settes i verk og den faglige begrunnelsen for disse,
- d) fastsettelse av tidsramme for tiltakene,
- e) bekreftelse på at vilkårene i kapitlet er oppfylt, herunder begrunnelse etter § 9-5 første ledd annet punktum,
- f) opplysning om hvilken holdning brukeren eller pasienten og dennes representant har til tiltaket,
- g) angivelse av faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket,
- h) opplysning om Fylkesmannens overprøvingsmyndighet og adgang til å uttale seg i saker som skal overprøves etter § 9-8, og
- i) opplysning om tilsynsmyndighet.

Vedtaket skal sendes Fylkesmannen til overprøving etter § 9-8. Vedtaket skal samtidig sendes spesialisthelsetjenesten, verge eller hjelpeverge og pårørende som kan avgi uttalelse til Fylkesmannen. Frist for å avgi slik uttalelse er en uke fra vedtaket er mottatt. Vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av Fylkesmannen. Dersom vedtaket er påklaget etter § 9-11 andre ledd, kan vedtaket ikke iverksettes før fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har godkjent vedtaket.

§ 9-8 *Fylkesmannens overprøving*

Fylkesmannen skal overprøve vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c, jf. § 9-7 fjerde ledd. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Fylkesmannen skal gi vergen eller hjelpevergen og pårørende opplysning om klageadgangen etter § 9-11 andre ledd.

§ 9-9 *Krav til gjennomføring og evaluering*

Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c.

Brukeren eller pasienten har rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c. Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere til stede dersom dette ikke er til ugunst for brukeren eller pasienten.

Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial-

eller pedagogiske fag på høgsolenivå. Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet.

Tiltaket skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks, dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger.

§ 9-10 *Plikt til å føre journal*

Reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder.

§ 9-11 *Klage*

Beslutning etter § 9-5 tredje ledd bokstav a kan påklages av brukeren eller pasienten, verge eller hjelpeverge og pårørende til Fylkesmannen. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Vedtaket etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c som er overprøvd av Fylkesmannen etter § 9-8, kan påklages av brukeren eller pasienten, vergen eller hjelpevergen og pårørende, til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Klageadgangen gjelder også hvis Fylkesmannen har nektet å godkjenne kommunens vedtak, forutsatt at kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre tiltaket. Fylkesnemnda skal prøve alle sider av saken.

Det kan oppnevnes et eget utvalg av fagkyndige for saker som etter reglene i dette kapitlet skal behandles av fylkesnemnda. Forhandlingsmøte for saker etter denne bestemmelsen, skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-21. Kongen kan gi forskrift om at disse reglene skal gjelde helt eller delvis.

Klagesaken skal forberedes av Fylkesmannen etter bestemmelsene i forvaltningsloven § 33 første til fjerde ledd. Fylkesmannen skal redegjøre for de omstendigheter som ligger til grunn for vedtaket. De skriftlige uttalelser og forklaringer som vedtaket bygger på, skal vedlegges. Det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda.

Klagefristen er tre uker fra vedtaket eller melding om beslutning er kommet frem til den som har klagerett etter første og andre ledd.

§ 9-12 *Overprøving i tingretten*

Vedtaket i klagesak etter § 9-11 andre ledd kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har nektet å godkjenne kommunens vedtak.

Saksøker er den som tvangsinngrepet er rettet mot. Saksøker kan reise sak på egen hånd dersom vedkommende har evne til å forstå hva saken gjelder. Søksmål kan også reises av pårørende, verge eller hjelpeverge. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder § 6-5 i pasient- og brukerrettighetsloven.

Fristen til å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket.

§ 9-13 *Spesialisthelsetjenesten*

Reglene i dette kapitlet gjelder tilsvarende for spesialisthelsetjenesten når den deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 9-7.

Som ledd i spesialisthelsetjenestens utførelse av oppgaver etter §§ 9-7 og 9-9, kan det treffes vedtak om bruk av tvang og makt i medhold av reglene i dette kapitlet. Saksbehandlingsreglene i dette kapitlet gjelder så langt de passer.

Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet.

§ 9-14 *Forskrift*

Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapitlet.

Kapittel 10 Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

§ 10-1 *Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende*

Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

En persons pårørende etter første ledd er den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 10-2 *Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke.*

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og ved-

varende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

Vedtak etter første ledd skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av pasienten under institusjonsoppholdet.

Fylkesnemndas vedtak etter første ledd kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen seks uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjenomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal et forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-3 *Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige*

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelse

sen kan bare fortsette dersom kommunen trefrer avgjørelse om det innen denne fristen.

Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjenomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-4 *Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.*

Når en rusmiddelavhengig på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, kan institusjonen sette som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold. Dersom den rusmiddelavhengige rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt den rusmiddelavhengige er brakt tilbake til institusjonen.

Samtykket skal være skriftlig og skal gis til institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner. Slikt samtykke kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 og 10-3. Før den rusmiddelavhengige gir sitt samtykke, skal han eller hun gjøres kjent med eventuelle vilkår som nevnt i første og andre ledd.

Institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at den rusmiddelavhengige før oppholdet begynner, gir samtykke til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet.

Et barn over 12 år med rusproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

§ 10-5 *Bruk av fylkesnemnda i saker etter §§ 10-2 og 10-3*

Barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-23 gjelder tilsvarende for saker etter §§ 10-2 og 10-3 i den utstrekning annet ikke fremgår av loven her.

Forhandlingsmøte for saker etter §§ 10-2 og 10-3 skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14.

§ 10-6 *Innledning til sak etter §§ 10-2 og 10-3*

En sak etter §§ 10-2 og 10-3 innledes ved at kommunen utarbeider begjæring om tiltak etter vedkommende bestemmelse.

Dersom begjæringen skal forelegges et folkevalgt organ, skal begjæringen, dersom organet er enig, med eventuelle merknader omgående sendes til fylkesnemnda. Haster saken, kan den sendes til nemnda uten at den er forelagt det folkevalgte organet på forhånd.

§ 10-7 *Overprøving i tingretten*

Nemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36 av den private part eller av kommunen. Kommunen er part i saken. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket. Det kan gis oppfriskning etter tvisteloven mot oversittelse av fristen.

Kommunen dekker sine egne omkostninger i saken.

§ 10-8 *Ansaret for å reise tvangssak*

Ansaret for å reise sak etter §§ 10-2 og 10-3 har den kommunen der den rusmiddelavhengige oppholder seg. Ved avtale mellom de berørte kommuner kan ansaret overføres til en annen kommune som den rusmiddelavhengige har tilknytning til.

Den kommunen som har reist saken, har ansaret for iverksetting av vedtaket. Endring i den rusmiddelavhengiges tilknytning til kommunen medfører ingen endring i ansvarsforholdet hvis det ikke blir inngått avtale som nevnt i første ledd andre punktum.

Kapittel 11 Finansiering og egenbetaling

§ 11-1 *Kommunens ansvar for utgifter*

Kommunen skal sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak kommunen har ansaret for etter loven

her. Utgifter til bedriftshelsetjeneste dekkes ikke av kommunen. Dette gjelder også når slik tjeneste organiseres av kommunen.

Kostnadene ved de tjenester og tiltak som er nevnt i første ledd, skal dekkes av den kommunen som etter § 3-1 og § 10-8 er ansvarlig for å yte tjenesten eller sette i verk tiltaket. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der en pasient eller bruker får tjenester av en annen kommune enn der vedkommende har fast bosted eller fast opphold, og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling i slike tilfeller.

Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, skal helt eller delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen.

Kommunen dekker reiseutgifter for behandlingsspersonell som gir helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5. Det samme gjelder for kommunalt ansatt helsepersonell eller helsepersonell som har avtale med kommunen for å yte helsehjelp, herunder helsepersonell ansatt ved familievernkontor. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om dekning av reiseutgifter for behandlingsspersonell og for andre tilfeller enn nevnt i fjerde ledd. Videre kan det gis forskrifter med nærmere bestemmelser om fast skyssgodtgjørelse til behandlingsspersonell.

I den utstrekning helsetjenester som omhandlet i § 3-2 gir rett til stønad etter forskrift fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal kommunen dekke utgifter til helsetjenester som personer bosatt i kommunen har mottatt i et annet EØS-land. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

§ 11-2 *Vederlag for helse- og omsorgstjeneste*

For hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen, kan kommunen kreve vederlag av pasient og bruker når dette følger av lov eller forskrift.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vederlag for helse- og omsorgstjenester.

§ 11-3 *Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester*

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommuners medfinan-

sieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes.

§ 11-4 *Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter*

Kommunen skal fra og med dag én dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter, jf. § 6-1.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, og betalingssetser etter første ledd.

§ 11-5 *Tilskudd fra staten*

Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene etter regler gitt av Kongen. Til de berørte kommuner yter dessuten staten årlig et særskilt tilskudd til fengselshelsetjenesten, jf. § 3-9.

Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til helsetjenester etter de regler som er fastsatt i og i medhold av folketrygdløven.

Kapittel 12 Forskjellige bestemmelser

§ 12-1 *Taushetsplikt*

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 121.

Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning.

Opplysninger til andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 kan bare gis når dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter denne loven, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

Dersom et barns interesser tilsier det, kan Fylkesmannen eller departementet bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt

selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent.

§ 12-2 *Legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjeneste*

Departementet fastsetter hvert år en samlet ramme for

1. antall nye legestillinger som kan opprettes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og
2. antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innhold og gjennomføring av legefordeling til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

§ 12-3 *Statlig tilsyn*

Fylkesmannen skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3 til 10 og §§ 11-2, 11-3 og 11-4. Ved tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c skal det også føres stedlig tilsyn. I forbindelse med tiltak etter kapittel 9 kan tilsynet gjennomføre tilsynsbesøk uten beboerens samtykke.

Kommuneloven kapittel 10 A gjelder tilsvarende for tilsynsvirksomheten etter første ledd, med unntak av § 60 d. Statens helsetilsyn kan gi pålegg etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 5.

§ 12-4 *Særlige bestemmelser ved opphold i institusjon*

En institusjon skal drives slik at beboerne selv kan bestemme i personlige spørsmål og ha det samkvem med andre som de selv ønsker, så langt det er forenlig med formålet ved oppholdet og med institusjonens ansvar for driften.

Beboerne skal gis adgang til å bevege seg både i og utenfor institusjonen med de begrensninger som institusjonen fastsetter av hensyn til behovet for trygghet og trivsel.

Det er ikke tillatt å bruke innelåsing i enerom, andre tvangstiltak eller å føre kontroll med beboernes korrespondanse, med mindre det er tillatt ved lov eller forskrifter som nevnt i fjerde ledd.

Kongen kan gi forskrift til utfylling av bestemmelsene i første til tredje ledd, herunder om bruk av tvangsmidler, om urinprøvetaking, om kontroll med beboernes korrespondanse med sikte på å hindre at rusmidler eller farlige gjenstander bringes inn i institusjonen og om forvaltning av beboernes midler.

§ 12-5 Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelig.

Kapittel 13 Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser og endringer i andre lover

§ 13-1 Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan sette de enkelte bestemmelser i loven i kraft til forskjellig tid.

§ 13-2 Eldre forskrifter mv.

Forskrifter, vedtekter og instruksjer gitt med hjemmel i lov som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder også etter denne lov er satt i kraft, med mindre de strider mot loven her eller forskrift i medhold av loven.

§ 13-3 Endringer i andre lover

Fra det tidspunktet loven trer i kraft, oppheves lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Fra samme tidspunkt gjøres følgende endringer i andre lover:

1. I lov 22. mai 1902 nr. 10 Almindelig borgerlig Straffelov gjøres følgende endring:

§ 39 a femte ledd skal lyde:

Kongen kan gi forskrift om at *helse- og omsorgstjenesteloven* kapittel 9 skal gjelde tilsvarende. Kongen kan gi særlige regler om saksbehandlingen.

§ 39 b andre ledd skal lyde:

Den domfelte, dennes nærmeste pårørende eller den faglig ansvarlige ved den institusjonen som har behandlingsansvaret for den domfelte, kan begjære opphør av reaksjonen. Hvem som er den domfeltes nærmeste pårørende, avgjøres

etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 1-3 første ledd bokstav b. Påtalemyndigheten fremmer saken for tingretten, som avgjør den ved dom. Behandlingen av saken skal påskyndes.

2. I lov 22. juni 1962 nr. 12 om pensjonsordning for sykepleiere gjøres følgende endringer:

§ 1 andre ledd skal lyde:

Offentlig godkjente sykepleiere ansatt i stilling knyttet til *helse- og omsorgstjenesten* i henhold til *helse- og omsorgstjenesteloven* skal være medlemmer i pensjonsordningen for sykepleiere. Herunder omfattes blant annet ansatte ved:

- privat sykehjem hvor eier har inngått avtale med kommune om utgiftsgodtgjøring
- privat omsorgsbolig hvor eier har inngått avtale med kommune om utgiftsgodtgjøring
- allmennpraktiserende lege med fastlegeavtale
- privatpraktiserende fysioterapeut med avtale om driftstilskudd fra kommune.

3. I lov 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp gjøres følgende endring:

§ 17 tredje ledd nr. 1 skal lyde:

1. I saker som skal behandles av fylkesnemnda etter *helse- og omsorgstjenesteloven*.

4. I lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten gjøres følgende endring:

§ 2-3 første ledd skal lyde:

Den som ikke får den hjelp som er bestemt i denne lov og godkjent plan, kan klage til det organ fylkeskommunen bestemmer. Går avgjørelsen klageren imot eller avvises klagen, kan avgjørelsen klages til *Fylkesmannen*.

5. I lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten gjøres følgende endringer:

Lovens tittel skal lyde:

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)

§ 1 skal lyde:

§ 1 Tilsynsmyndighetene

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med *helse- og omsorgstjenesten* i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Statens helsetilsyn ledes av en direktør. Direktøren utnevnes av Kongen på åremål.

I hvert fylke skal det være en *fylkeslege*. *Fylkeslegen* utnevnes av Kongen.

Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Kongen kan bestemme at en *Fylkesmann* skal ha mer enn ett fylke i sin embetskrets. Statens helsetilsyn kan gi den enkelte *Fylkesmann* oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke.

§ 2 skal lyde:

§ 2 *Fylkesmannens og Statens helsetilsyns oppgaver*

Fylkesmannen skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i fylket og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester.

I tilknytning til tilsynet skal *Fylkesmannen* gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket.

Fylkesmannen skal holde Statens helsetilsyn orientert om forholdene i helse- og omsorgstjenesten i fylket og om forhold som innvirker på disse.

Fylkesmannen skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier advarsel eller tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell kapittel 11.

Statens helsetilsyn gir administrative reaksjoner etter reglene i lov om helsepersonell kapittel 11. *Fylkesmannen og Statens helsetilsyn kan ikke bruke melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 første ledd som grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Det samme gjelder begjæring om påtale med hjemmel i helsepersonelloven § 67 andre ledd.*

Når Statens helsetilsyn mottar varsel etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 b, skal Statens helsetilsyn snarest mulig foreta stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.

Fylkesmannen og Statens helsetilsyn skal registrere advarsel og tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell kapittel 11.

Fylkesmannen og Statens helsetilsyn skal informere *personelle*s arbeidsgiver om advarsel, tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller

rekvireringsrett og begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell kapittel 11.

§ 3 skal lyde:

§ 3 *Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll*

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Fylkesmannen skal påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i tjenestene.

§ 5 skal lyde:

§ 5 *Adgang til å gi pålegg*

Hvis virksomhet innen helse- og omsorgstjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholdene.

6. I lov 17. februar 1989 nr. 2 om bidragsforskott gjøres følgende endring:

§ 4 første ledd, bokstav c skal lyde:

c) barnet får rett til fullt underhold av det offentlige. Dette gjelder likevel ikke underhold etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

7. I lov 17. juli 1992 nr. 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner gjøres følgende endring:

§ 1-5 skal lyde:

§ 1-5 *Kommunens plikt til å bistå personer med alvorlige gjeldsproblemer*

Kommunen skal så langt det er mulig bistå en skyldner som forsøker å komme frem til en utenrettslig gjeldsordning eller liknende med sine fordringshavere, jf. lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 17.

8. I lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester gjøres følgende endringer:

§ 2-4 andre ledd skal lyde:

Kongen kan samtykke til at det i forhold til andre som utfører tjeneste eller arbeid for et for-

valtningsorgan, fravikes fra lovbestemt taushetsplikt som er fastsatt i denne loven og i følgende lover: Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 6-1, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. kapittel 5, lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker §§ 13 til 13 f, lov 17. juni 2005 nr. 64 om barnehager § 20, *lov ... om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-1* og lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa § 15-1. Det kan vidare gis samtykke til at det på forsøksstedet opprettes et felles registreringskartotek. Kartoteket skal angi hvorvidt de enkelte forvaltningsorganer sitter inne med opplysninger om den enkelte klient eller pasient, og hvor opplysningene eventuelt finnes.

§ 6-4 tredje ledd skal lyde:

Også yrkesutøvere i medhold av lov om helsepersonell mv., lov om psykisk helsevern, *helse- og omsorgstjenesteloven*, lov om familievernkontorer og meklingsmenn i ekteskapsaker (jf. lov om ekteskap), samt lov om frittstående skolarplikter å gi opplysninger etter reglene i andre ledd.

§ 6-7 tredje ledd skal lyde:

Opplysninger til andre forvaltningsorganer, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, kan bare gis når dette er nødvendig for å fremme barneverntjenestens, institusjonens, senteret for foreldre og barns eller omsorgssenteret for mindreåriges oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Også yrkesutøvere i medhold av helsepersonelloven kan gis opplysninger etter denne bestemmelsen. Uten hinder av taushetsplikt skal barneverntjenesten av eget tiltak gi opplysninger til *helse- og omsorgstjenesten i kommunen* når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. *helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3*. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av *helse- og omsorgstjenesteloven*, plikter barneverntjenesten å gi slike opplysninger.

9. I lov 25. september 1992 nr. 107 om lov om kommuner og fylkeskommuner gjøres følgende endringer:

§ 28 f nr. 2 oppheves.

§ 28 f nr. 3 skal lyde:

Administrasjonen i vertskommunen er unde-

rinstans etter forvaltningsloven § 33 annet ledd ved behandling av klager etter *nr. 1*. Det samme gjelder der det i lov er fastsatt at et statlig organ er klageinstans.

§ 28 g nr. 2 oppheves.

§ 28 g nr. 3 skal lyde:

Hver av deltakerkommunene skal være representert i klagenemnd oppnevnt etter *nr. 1*. *Klagenemnda* velger selv sin leder og nestleder. For øvrig gjelder bestemmelsene om faste utvalg så langt de passer.

10. I lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjøres følgende endringer:

§ 3-3 andre ledd skal lyde:

Forhåndsundersøkelse kan kreves bare når en slik sykdom vil forårsake ekstraordinære forebyggende tiltak av hensyn til faren for overføring til andre pasienter eller til personale, og såfremt tiltakene kan gi vesentlig større sikkerhet mot smitteoverføring eller bety en vesentlig lettelse eller besparelse for *helse- og omsorgstjenesten*.

§ 3-8 første ledd skal lyde:

Departementet skal fastlegge et nasjonalt program for vaksinerings mot smittsomme sykdommer. *Kommunen* skal tilby befolkningen dette programmet.

§ 4-9 skal lyde:

§ 4-9 *Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak*

Etter pålegg fra kommunestyret har helsepersonell *ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen*, plikt til å gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne delta i de særlige oppgaver som smittevernarbeidet krever.

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom har helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring, plikt til å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet etter kommunestyrets nærmere bestemmelse.

Helsepersonell har plikt til å følge *Helsedirektoratets* pålegg etter § 7-10 om at en allmennfarlig smittsom sykdom skal forebygges, undersøkes, behandles, eller pleies etter bestemte faglige retningslinjer, eller at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik *Helsedirekto-*

ratet bestemmer eller bare må gjøres av noen som *Helsedirektoratet* har godkjent.

En lege som er ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, har plikt til å delta i forebygging av en allmennfarlig smittsom sykdom og i undersøkelse og behandling av en person som er smittet med en slik sykdom, når det er nødvendig og etter vedtak av kommunestyret.

§ 6-1 første ledd skal lyde:

Enhver har rett til nødvendig smittevern- hjelp. Smittevernhjelp er å anse som en del av rett til *nødvendige helse- og omsorgstjenester*, jf. *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a* første og annet ledd og *§ 2-1 b* første og annet ledd.

§ 7-1 andre og tredje ledd skal lyde:

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder

- skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen,
- drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges,
- sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk,
- sørge for at andre tiltak etter denne loven, *folkehelseloven* eller *helse- og omsorgstjenesteloven* blir satt i verk.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens *helse- og omsorgstjeneste*. *Helse- og omsorgstjenesten* i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

§ 7-2 andre ledd bokstav a skal lyde:

- a) utarbeide forslag til plan for *helse- og omsorgstjenestens* arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,

§ 7-4 skal lyde:

§ 7-4 *Fylkesmannens oppgaver*

Fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer, og skal holde Statens helsetilsyn og *Helsedirektoratet* orientert om forholdene i fylket, jf. lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med *helse- og omsorgstjenesten*.

§ 7-11 første ledd skal lyde:

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha etter denne loven, *helse- og omsorgstjenesteloven* og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. i forbindelse med smittsomme sykdommer.

11. I lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse gjøres følgende endring:

§ 2 skal lyde:

Med bøter eller fengsel inntil ett år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, *den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, *sosialtjenesten*, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, som forsettlig unnlater, ved anmeldelse eller på annen måte, å søke avverget en kjønnslemlestelse, jf. § 1. Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn. Avvergelsesplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt. Unnlatelsen er ikke straffbar hvis kjønnslemlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.

12. I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd gjøres følgende endringer:

§ 5-4 andre ledd skal lyde:

Stønad til legehjelp gis bare dersom legen har fastlegeavtale med kommunen, jf. *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd*, eller avtale om driftstilskott med regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a *sjette* ledd. Det kreves ikke fastlegeavtale eller avtale om driftstilskott når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.

§ 5-8 andre ledd skal lyde:

Stønad til fysioterapi ytes bare dersom fysioterapeuten har avtale om driftstilskott med kommunen, jf. *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd*.

§ 5-12 første ledd skal lyde:

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor. Stønad ytes bare dersom jordmor har avtale om driftstilskott med kommunen eller er ansatt i kommunen, jf. *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd*.

§ 6-8 første ledd skal lyde:

Retten til grunnstønad og hjelpestønad faller bort når et medlem oppholder seg i en institusjon etter *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* eller *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Det samme gjelder for et medlem som sitter i varetekt, soner straff eller utholder særreaksjon i en slik institusjon eller i en av kriminalomsorgens anstalter.

Strekpunkt fem i innledningen til kapittel 21 om saksbehandling i trygdesaker skal lyde:

- bistand fra barnevernstjenesten, *den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og kommunale organer etter introduksjonsloven* står i § 21-5

§ 21-5 skal lyde:

§ 21-5 *Bistand fra barnevernstjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og kommunale organer etter introduksjonsloven*

Barnevernstjenesten, *den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten* og kommunale organer etter introduksjonsloven plikter å innhente opplysninger og gi uttalelser til Arbeids- og velferdsetaten og Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer om forhold som har betydning for behandlingen av saker etter denne loven.

Departementet gir forskrifter om samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og Helsedirektoratet, barnevernstjenesten, *den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten* og kommunale organer etter introduksjonsloven.

§ 23-3 andre ledd nr. 2 bokstav f skal lyde:

- f) Kvalifiseringsstønad etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*,

13. I lov 19. juni 1997 nr. 62 om familievernkontorer gjøres følgende endringer:

§ 9 skal lyde:

§ 9 *Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten*

Fagpersonell ved familievernkontor skal i sitt arbeid være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra *den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten*, og skal av eget tiltak gi *den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten* opplysninger om slike forhold. Opplysninger kan likevel bare gis etter samtykke fra klienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 5 skal fagpersonell ved familievernkontorer av eget tiltak gi opplysninger til *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-3*. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av *helse- og omsorgstjenesteloven*, plikter fagpersonell ved familievernkontorer å gi slike opplysninger.

14. I lov 26. mars 1999 nr. 14 om skatt av formue og inntekt gjøres følgende endringer:

§ 5-42 første ledd bokstav e skal lyde:

- e) introduksjonsstønad beregnet etter lov om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere kapittel 3 og kvalifiseringsstønad etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*.

§ 5-43 første ledd bokstav c skal lyde:

- a) bidrag til livsopphold etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*,

§ 12-2 første ledd bokstav h skal lyde:

- h) introduksjonsstønad beregnet etter lov om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere kapittel 3 og kvalifiseringsstønad etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*.

15. I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 2-1a skal lyde:

§ 2-1a *De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester*

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap,
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt,
5. tverrfaglig spesialisert behandling for *rusmiddelavhengighet*, herunder institusjonsplasser som kan ta imot *rusmiddelavhengige* med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4*,

6. transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten og
7. transport av behandlingspersonell.

Det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade.

De regionale helseforetakenes ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4.

Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen.

Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til tjenester som omfattes av denne loven.

Ny § 2-1 e skal lyde:

§ 2-1 e *Samhandling og samarbeid*

Det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.

§ 2-2 skal lyde:

§ 2-2 *Plikt til forsvarlighet*

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. *Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.*

§ 2-5 nytt andre ledd skal lyde:

Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Nåværende andre ledd blir nytt tredje ledd.

Ny § 2-5a skal lyde:

§ 2-5 a *Koordinator*

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes koordinator. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinatoren bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

Ny § 2-5 b skal lyde:

§ 2-5 b *Koordinerende enhet*

Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. I tillegg skal enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. §§ 2-5 og 2-5a.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.

Ny § 2-6 skal lyde:

§ 2-6 *Utskrivningsklare pasienter*

Regionalt helseforetak skal inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivningsklare pasienter, jf. § 2-1 e annet ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold og kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og

spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, og betalingssetser etter første ledd.

§ 3-2 første ledd skal lyde:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Den skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Ny § 3-3 skal lyde:

§ 3-3 *Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal straks sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om betydelig personskaade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskaade. Meldingen skal ikke inneholde personidentifiserende opplysninger.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal sikre at opplysninger om enkeltpersoner ikke kan tilbakeføres til den det gjelder.

Ved mistanke om alvorlig systemsvikt skal Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten varsle Statens helsetilsyn.

Melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon i medhold av helsepersonelloven kapittel 11. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 annet ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om meldinger som nevnt i annet ledd, herunder om innholdet i meldingene. Departementet kan bestemme at meldeplikten også skal gjelde for spesialisthelsetjenester som ikke er omfattet av annet ledd.

Ny § 3-3 a skal lyde:

§ 3-3 a *Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser*

For å sikre tilsynsmessig oppfølging, skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helse-

foretak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om varsling som etter første ledd, herunder om innholdet i varslene. Departementet kan i forskrift også bestemme at andre helsetjenester enn de som fremgår av første ledd, skal omfattes av varslingsplikten.

Ny § 3-4 skal lyde:

§ 3-4 *Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg*

Helseinstitusjon som omfattes av denne lov, skal opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg som ledd i det systematiske arbeidet institusjonen skal utføre i henhold til § 2-1 a tredje ledd og § 3-4 a.

Utvalgene kan uten hinder av taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av deres arbeid.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om utvalgenes arbeid, herunder om informasjon til pasienter og om habilitet for utvalgets medlemmer.

Ny § 3-4 a skal lyde:

§ 3-4 a *Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*

Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd.

§ 3-7 oppheves.

§ 3-11 første og andre ledd skal lyde:

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-1 b, § 2-2, § 2-3, § 2-4 og § 2-5.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-2 siste ledd.

§ 3-12 skal lyde:

§ 3-12 *Henviisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten*

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal vurdere henviisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten om behandling som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5.

Kongen kan fastsette nærmere forskrifter om *den kommunale helse- og omsorgstjenestens* og sosialtjenestens adgang til å henwise til behandling som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5.

§ 3-13 skal lyde:

§ 3-13 *Varsel til tilsynsmyndigheten*

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal uten ugrunnet opphold varsle *Fylkesmannen* ved innleggelse med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3*. Varsel skal også gis ved innleggelse med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4* dersom samtykket er gitt ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3*.

§ 3-14 skal lyde:

§ 3-14 *Adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelavhengighet m.m.*

Er en person plassert i en institusjon med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 eller 10-4*, kan institusjonen begrense adgangen til å forlate institusjonen i den utstrekning det er nødvendig etter vedtakets formål.

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-6 gjelder tilsvarende for tjenester som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilbakeføring ved rømming fra institusjon etter plassering med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 eller 10-4*, herunder regler om ansvar for innbringning, praktisk gjennomføring og saksbehandling.

§ 3-15 skal lyde:

§ 3-15 *Varsel til kommunen ved utskrivning*

Når utskrivning fra tjeneste som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5 bør medføre tiltak fra *den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, og pasienten ønsker det, skal *kommunen* varsles om utskrivningen i god tid på forhånd. Utskrivning skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3*, skal *kommunen* alltid varsles.

§ 3-16 andre ledd skal lyde:

Regler etter første ledd bokstav b og d kan gjøre unntak fra reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b* andre og fjerde ledd.

§ 4-2 fjerde ledd nytt andre punktum skal lyde:

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tildeling av avtalehjemmel til lege- og psykologspesialister.

§ 5-2 tredje ledd skal lyde:

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til behandling, forpleining, reise og opphold og reise og opphold for nødvendig ledsager når en pasient har rett til nødvendig helsehjelp etter *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b* fjerde eller femte ledd og annen norsk myndighet har forskuttert beløpet overfor norske eller utenlandske tjenesteytere.

§ 6-2 skal lyde:

§ 6-2 *Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen*

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid som angår helsetjenester som omfattes av denne loven, skal på anmodning gi Statens helsetilsyn eller *Fylkesmannen* opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Den som skal gi opplysning etter første punktum, skal også gi Statens helsetilsyn og *Fylkesmannen* adgang til virksomheten.

Den som skal gi opplysninger etter første ledd, eller som ønsker å gi opplysninger til Statens helsetilsyn eller *Fylkesmannen* av eget tiltak, kan gjøre det uten hinder av taushetsplikt dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver etter lov, forskrift eller instruks.

Opplysninger som er gitt Statens helsetilsyn eller *Fylkesmannen* i henhold til denne bestemmelsen, kan uten hinder av taushetsplikten forelegges sakkyndige til uttalelse eller departementet til orientering.

§ 6-3 skal lyde:

§ 6-3 *Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten*

Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

§ 6-4 skal lyde:

§ 6-4 *Bistand fra politiet*

Helsepersonell kan uten hinder av taushetsplikt gi ut taushetsbelagte opplysninger når dette er nødvendig for å innhente bistand fra

politiet til fullbyrdelse av tvangsvedtak overfor *rusmiddelavhengige* etter *den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven* §§ 10-2 og 10-3 eller vilkår etter *helse- og omsorgstjenesteloven* § 10-4. Politiet har plikt til å yte slik bistand.

Kapittel 7 overskriften skal lyde:

Kapittel 7. *Forskjellige bestemmelser*

Ny § 7-3 skal lyde:

§ 7-3 *Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer*

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorer skal gjøres offentlig tilgjengelige.

16. I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjøres følgende endringer:

§ 1-2 andre og tredje ledd skal lyde:

Med tvungen observasjon menes slik undersøkelse, pleie og omsorg som nevnt i første ledd, med sikte på å klarlegge om vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven* kapittel 4.

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven* kapittel 4.

§ 1-3 første ledd skal lyde:

Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, *den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.

§ 1-5 skal lyde:

§ 1-5 *Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven*

Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven*.

§ 2-1 første ledd skal lyde:

Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven*, med mindre annet følger av loven her.

§ 22 andre og tredje ledd skal lyde:

For barn under 16 år kreves slikt samtykke etter bestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-4.

Grunnen til begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige. Gjelder det personer som på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, undertegner den faglig ansvarlige og den som eventuelt handler på pasientens vegne, med de begrensninger som følger av *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3. Gjelder det barn under 16 år, undertegner den faglig ansvarlige og den eller de som samtykker på vegne av barnet.

§ 3-6 første ledd skal lyde:

Offentlig myndighet skal ved varslings av *helse- og omsorgstjenesten* og ved nødvendig bistand som beskrevet i loven her, bidra til at personer som må antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av lege. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

§ 4-1 nytt andre ledd skal lyde:

Dersom en person har behov for tilbud både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Institusjonen skal så snart som mulig varsle kommunen når den ser at det er behov for en individuell plan som også omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Nåværende andre ledd blir tredje ledd.

§ 4-5 tredje ledd skal lyde:

Utover det som følger av rimelige begrensninger i husordensreglement, kan det ikke vedtas restriksjoner i retten til å kommunisere med kontrollkommisjonen, departementet, Statens

helsetilsyn, Fylkesmannen, Stortingets ombudsmann for forvaltningen, Pasient- og brukerombud, prest eller tilsvarende sjelesørger, juridisk rådgiver eller den som opptrer på pasientens vegne i en klagesak.

§ 6-1 andre ledd skal lyde:

I den utstrekning det er mulig, skal kontrollkommissjonen også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Den kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmeste pårørende eller personalet. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige og eventuelt *Fylkesmannen*.

17. I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter gjøres følgende endringer:

Lovens tittel skal lyde:

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

§ 1-1 skal lyde:

§ 1-1 *Formål*

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på *tjenester* av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor *helse- og omsorgstjenesten*.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og *helse- og omsorgstjenesten*, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

§ 1-3 skal lyde:

§ 1-3 *Definisjoner*

I loven her menes med

- a) pasient: en person som henvender seg til *helse- og omsorgstjenesten* med anmodning om helsehjelp, eller som *helse- og omsorgstjenesten* gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;
- b) pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Der- som pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Ved tvungen

observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

- c) helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell;
- d) *helse- og omsorgstjenesten: den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester;*
- e) helsepersonell: personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3;
- f) *bruker: en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c).*

Kapittel 2 overskriften skal lyde:

Kapittel 2. *Rett til helse- og omsorgstjenester og transport*

§ 2-1 oppheves.

Ny § 2-1a skal lyde:

§ 2-1a *Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste*

Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.

Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingssmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hva som skal anses som helse- og omsorgstjenester som pasient og bruker kan ha rett til.

Ny § 2-1b skal lyde:

§ 2-1b *Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom

pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.

Helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen tidspunkt fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fordi det ikke finnes et adekvat tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av, og informasjon om, tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i annet ledd, herunder en frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta nødvendig helsehjelp. Departementet kan også gi forskrifter med nærmere bestemmelser om organiseringen av, og oppgjøret for, tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

Ny § 2-1c skal lyde:

§ 2-1c Pasientrettigheter i fastlegeordningen

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden.

Personer som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

Rettigheter i første og annet ledd gjelder ikke i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om gjennomføring og utfylling av pasientrettighetene i fastlegeordningen, herunder om

barns plassering på liste og om rett til å bytte fastlege.

§ 2-3 skal lyde:

§ 2-3 Rett til fornyet vurdering

Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare én gang for samme tilstand. Ved behov for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, gjelder retten til fornyet vurdering også etter henvisning fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen og sosialtjenesten.

§ 2-4 tredje ledd skal lyde:

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3, gjelder ikke retten etter første ledd dersom dette vil være uforvarselig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Tilsvarende gjelder for pasienter som tas inn på institusjon med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3, dersom dette vil være uforvarselig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med inntaket. Retten etter første ledd gjelder heller ikke valg av senter for legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten dersom dette vil være uforvarselig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen.

§ 2-5 skal lyde:

§ 2-5 Rett til individuell plan

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

§ 2-7 skal lyde:

§ 2-7 Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder ikke for vedtak som treffes etter dette kapitlet

For vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, 3-6 og 3-8, som forventes å vare lenger enn to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særlige bestemmelsene som følger av loven her.

Er det flere som samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, regnes de ikke som parter i samme sak. En søker som mener seg forbigått, kan ikke klage over at en annen har fått ytelsen.

Ny § 2-8 skal lyde:

§ 2-8 *Tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver*

De som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene i tilfelle skal bestå i.

§ 3-1 skal lyde:

§ 3-1 *Pasientens og brukerens rett til medvirkning*

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

§ 3-2 skal lyde:

§ 3-2 *Pasientens og brukerens rett til informasjon*

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

§ 3-3 skal lyde:

§ 3-3 *Informasjon til pasientens nærmeste pårørende*

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helse-tilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske *forstyrrelser, demens* eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

§ 3-5 skal lyde:

§ 3-5 *Informasjonens form*

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens *eller brukerens* journal.

§ 4-4 tredje ledd skal lyde:

Før helsehjelp som nevnt i bokstav b gis skal begge foreldrene eller andre med foreldreansvaret, så langt råd er, få si sin mening. Beslutning om helsehjelp som nevnt i bokstav b kan påklages til *Fylkesmannen* etter kapittel 7. *Fylkesmannen* kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil det er fattet vedtak på grunnlag av klage fra den andre forelderen eller andre med foreldreansvaret.

§ 4A-6 tredje ledd andre punktum skal lyde:

Videre skal kopi av vedtak etter § 4A-5 sendes til *Fylkesmannen*.

§ 4A-7 første ledd skal lyde:

Vedtak om helsehjelp etter § 4A-5 kan påklages til *Fylkesmannen* av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende.

§ 4A-8 skal lyde:

§ 4A-8 *Overprøving og etterfølgende kontroll*

Fylkesmannen kan av eget tiltak overprøve vedtak som er truffet etter § 4A-5.

Dersom et vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet ikke er påklaget og helsehjelpen vedvarer, skal *Fylkesmannen*, når det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet, av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen.

§ 4A-10 skal lyde:

§ 4A-10 *Domstolsprøving*

Vedtak i klagesak etter § 4A-7 som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon, eller helsehjelp som strekker seg ut over tre måneder, kan av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende bringes inn for retten etter reglene i lov 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) kapittel 36. Tilsvarende gjelder for *Fylkesmannens* vedtak om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse, eller som strekker seg ut over tre måneder, jf. § 4A-8.

§ 5-1 skal lyde:

§ 5-1 *Rett til innsyn i journal*

Pasienten og brukeren har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi. Pasienten og brukeren har etter forespørsel rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende.

Pasienten og brukeren kan nektes innsyn i opplysninger i journalen dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten eller brukeren selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står *vedkommende* nær.

En representant for pasienten eller brukeren har rett til innsyn i opplysningene som *pasienten* eller brukeren nektes innsyn i, med mindre representanten anses uskikket for dette. En lege eller advokat kan ikke nektes innsyn, med mindre særlige grunner taler for dette.

Reglene i § 3-3 og § 3-4 om andres rett til informasjon gjelder tilsvarende for innsyn i journal.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasients eller brukers død, om ikke særlige grunner taler mot dette.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retten til innsyn i journal, herunder bestemmelser om betaling for kopier.

§ 5-2 skal lyde:

§ 5-2 *Retting og sletting av journal*

Pasienten, brukeren eller den som opplysningsene gjelder, kan kreve at opplysningene i journalen rettes eller slettes etter reglene i helsepersonelloven § 42 til § 44.

§ 5-3 skal lyde:

§ 5-3 *Overføring og utlån av journal*

Pasienten og brukeren har rett til å motsette seg utlevering av journal eller opplysninger i journal. Opplysningene kan heller ikke utleveres dersom det er grunn til å tro at pasienten eller brukeren ville motsette seg det ved forespørsel. Utlevering kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det. Overføring eller utlevering av journal eller opplysninger i journal skal skje i henhold til bestemmelsene i lov om helsepersonell.

§ 6-1 skal lyde:

§ 6-1 *Barns rett til helsekontroll*

Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.

Ny § 6-5 skal lyde:

§ 6-5 *Partsrettigheter ved søksmål*

Et barn kan opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelavhengige under 18 år, jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10, skal barnet alltid regnes som part.

§ 7-1 oppheves.

§ 7-2 skal lyde:

§ 7-2 *Klage*

Pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan klage til Fylkesmannen. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsen i § 2-1 b femte ledd ikke er overholdt, kan klage til en klagenemnd som oppnevnes av departementet. Klagenemnda skal ha fem medlemmer. Lederen skal være jurist. Departementet oppnevner medlemmer og deres personlige varamedlemmer for to år om gangen.

Det er adgang til å gjenoppnevne medlemmer og varamedlemmer.

Første ledd gjelder tilsvarende for andre som mener de ikke har fått sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6 oppfylt.

Pasientens eller brukerens representant etter første og annet ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens eller brukerens vegne, eller som har samtykkekompetanse etter kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge frem skriftlig fullmakt.

§ 7-3 skal lyde:

§ 7-3 *Klagens form og innhold*

Klage til *Fylkesmannen* skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten eller brukeren eller den som representerer pasienten eller brukeren. Klagen bør nevne det forhold som det klages over og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen. Inneholder klagen feil eller mangler, setter *Fylkesmannen* en kort frist for rettelse eller utfylling.

§ 7-4 skal lyde:

§ 7-4 *Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd*

Pasienten, brukeren eller andre som har rett til det kan, dersom *vedkommende* mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven er brutt til ulempe for seg, be tilsynsmyndigheten om en vurdering av forholdet. Tilsynsmyndigheten kan eventuelt ilegge en administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Reglene i dette kapitlet kommer ikke til anvendelse på slike anmodninger.

§ 7-5 skal lyde:

§ 7-5 *Frist for klage*

Fristen for klage etter § 7-2 er fire uker etter at *vedkommende* fikk eller burde ha fått *tilstrekkelig kunnskap til å fremme en klage*.

§ 7-6 første ledd skal lyde:

Forvaltningslovens regler om behandling av klager over enkeltvedtak gjelder så langt de passer, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet. *Fylkesmannen skal ved prøving av kommunale vedtak om helsetjenester legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd tredje punktum. For øvrige kommunale vedtak skal klageinstansen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn.*

§ 8-1 skal lyde:

§ 8-1 *Formål*

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

§ 8-2 første ledd skal lyde:

Staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester.

§ 8-3 første ledd skal lyde:

Pasient- og brukerombudet kan ta saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

§ 8-6 skal lyde:

§ 8-6 *Pasient- og brukerombudets adgang til helse- og omsorgstjenestens lokaler*

Pasient- og brukerombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester.

18. I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. gjøres følgende endringer:

§ 1 skal lyde:

§ 1 *Lovens formål*

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

§ 3 første ledd nr. 2 skal lyde:

a) personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,

§ 3 tredje og fjerde ledd skal lyde:

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under lov om spesialisthelsetjenesten og

lov om den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes.

§ 4 andre ledd skal lyde:

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henwise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. *Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.*

§ 7 første ledd skal lyde:

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av *pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9*, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

§ 10 første ledd skal lyde:

Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2* til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker.

§ 16 andre ledd skal lyde:

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om *ordinering av legemidler gjennom virksomhetens prosedyrer som skal kunne erstatte leges eller tannleges individuelle ordinering til enkeltpasienter.*

§ 18 andre ledd skal lyde:

Dersom helsepersonell skal yter tjenester til barn eller personer med utviklingshemning, skal politiattest som nevnt i § 20 a vedlegges meldingen. Inneholder meldingen en politiattest med merknader, skal den straks oversendes *Fylkesmannen.*

§ 20 skal lyde:

§ 20 *Plikter etter pasientskadeloven*

Den som utenfor den offentlige *helse- og omsorgstjenesten* yter helsehjelp som nevnt i pasientskadeloven § 1, skal melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning etter pasientskadeloven § 8.

§ 20 a første ledd skal lyde:

Helsepersonell som skal yte helsehjelp til barn eller personer med utviklingshemning, har plikt til å fremlegge politiattest ved tilbud om stilling, *ved inngåelse av avtale om å yte helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd*, inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd, samt ved melding om åpning, overtagelse, og inntreden i privat virksomhet, jf. § 18. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemning.

§ 22 skal lyde:

§ 22 *Samtykke til å gi informasjon*

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningsdirekte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. Et forsikringsselskap kan likevel ikke få adgang eller kjennskap til opplysninger som den opplysningene direkte gjelder, kan nektes innsyn i etter *pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1* annet ledd.

For personer under 16 år gjelder reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4* og 3-4 annet ledd tilsvarende for samtykke etter første ledd.

For personer over 16 år som ikke er i stand til å vurdere spørsmålet om samtykke av grunner som nevnt i *pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3* annet ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

§ 29 b skal lyde:

§ 29 b *Opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse- og omsorgstjenesten*

Departementet kan bestemme at helseopplysninger kan eller skal gis til bruk ved kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av *helse- og omsorgstjenesten*, og at det kan skje uten hensyn til taushetsplikt. Dette kan bare skje dersom behandlingen av opplysningene er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til pasientens integritet og velferd er ivarettatt. Graden av personidentifikasjon skal ikke være større enn nødvendig for det aktuelle formålet. Kun i særskilte tilfeller kan det gis tilatelse til bruk av direkte personidentifiserbare opplysninger som for eksempel navn eller fødselsnummer.

selsnummer. Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene.

Departementet kan sette vilkår for bruken av opplysninger etter paragrafen her.

§ 30 skal lyde:

§ 30 *Opplysninger til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen*

Helsepersonell skal gi Statens helsetilsyn og *Fylkesmannen* adgang til virksomhetens lokaler, og gi alle de opplysninger som ansees påkrevd for utøvelsen av tilsyn med helsepersonells virksomhet. Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikten utlevere de dokumenter, lyd- og bildeopptak og lignende som kreves av Statens helsetilsyn og *Fylkesmannen*.

§ 32 skal lyde:

§ 32 *Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten*

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra *den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, og skal av eget tiltak gi *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til *helse- og omsorgstjenesten*, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. *helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3*. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av *helse- og omsorgstjenesteloven*, skal helsepersonell gi slike opplysninger

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

§ 38 første ledd, første punktum skal lyde:

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal snarest mulig gi skriftlig melding til *Fylkesmannen* om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsehjelp, eller ved at en pasient *eller bruker* skader en annen.

Ny § 38 a skal lyde:

§ 38 a *Melding om behov for individuell plan og koordinator*

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og

koordinator, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.

§ 41 første ledd skal lyde:

Den som yter helsehjelp, skal gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1*.

§ 42 tredje ledd skal lyde:

Avslag på krav om retting kan påklages til *Fylkesmannen*, som etter å ha innhentet uttalelse fra Datatilsynet, avgjør om retting kan foretas.

§ 43 tredje ledd første punktum skal lyde:

Avslag på krav om sletting kan påklages til *Fylkesmannen*.

§ 55 skal lyde:

§ 55 *Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd*

Den som mener at bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av denne lov er brutt til ulempe for seg, kan be *Fylkesmannen* om en vurdering av forholdet. Pasienten *eller brukeren* kan opptre ved representant. Kravet sendes *Fylkesmannen*.

Representant etter første ledd er den som har fullmakt til å fremsette en anmodning på andres vegne eller som har samtykkekompetanse etter reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven* kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge frem skriftlig fullmakt

Fylkesmannen skal vurdere de synspunkter som er fremsatt i anmodningen, og kan også ta opp forhold som ikke er berørt i anmodningen.

Hvis *Fylkesmannen* mener at det bør ilegges en reaksjon etter kapittel 11, skal saken oversendes Statens helsetilsyn. Tredje ledd gjelder tilsvarende for behandlingen av saken hos Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn eller *Fylkesmannen* skal gi den som har fremsatt en anmodning, underretning om resultatet av sin behandling av saken og en kort begrunnelse for resultatet.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om Statens helsetilsyn og *Fylkesmannens* saksbehandling, og kan herunder fastsette regler om frist for fremsettelse av anmodning etter denne paragraf.

§ 56 første ledd skal lyde:

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i *helse- og omsorgstjenesten*, til å påføre pasienter *eller brukere* en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell *eller helse- og omsorgstjenesten*.

§ 64 første ledd skal lyde:

Hvis det er grunn til å tro at vilkårene for å kalle tilbake rekvireringsretten er oppfylt og helsepersonell ansees å være til fare for sikkerheten i *helse- og omsorgstjenesten*, kan Statens helsetilsyn suspendere retten til å rekvirere legemidler som nevnt i § 63 inntil saken er avgjort, men ikke utover seks måneder. Hvis helsepersonellet forhaler saken, kan suspensjonen forlenges en gang med ytterligere seks måneder.

Ny § 67 a skal lyde:

§ 67 a *Forbud mot bruk av meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som grunnlag for å opprette sak mot helsepersonell i medhold av kapittel 11*

Melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon i medhold av denne lovs kapittel 11. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter denne lovs § 67 annet ledd.

19. I lov 2. juni 2000 nr. 39 om apotek gjøres følgende endringer:

§ 2-8 første ledd bokstavene a og b skal lyde:

- a) samarbeid med den lokale *helse- og omsorgstjenesten*
- b) utføring av farmasøytisk kvalitetskontroll i den lokale *helse- og omsorgstjenesten*

§ 5-5 a andre ledd skal lyde:

For pasienters innsynsrett i lagrede opplysninger gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven*.

20. I lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjøres følgende endringer:

§ 1-1 første ledd skal lyde:

Formålet med loven er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, *helse- og omsorgstjenester* og sosiale

tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

§ 2-2 første ledd skal lyde:

Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de *helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester* de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Beredskapsplanen skal også omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenester. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder.

§ 2-3 skal lyde:

§ 2-3 *Varsel og rapportering*

Virksomheter loven omfatter, plikter å varsle om forhold innen *helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten* som kan gi grunnlag for tiltak etter denne lov. Varsel gis til departementet eller den myndighet departementet bestemmer.

Departementet kan pålegge virksomheter som nevnt i første ledd formell rapportering om forhold av betydning for *helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten*. Departementet kan gi forskrift om rapporteringsplikten.

§ 3-1 første ledd skal lyde:

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet med de begrensninger som følger av annet ledd mot erstatning kreve avstått til staten til eie, bruk eller annen særlig rådighet fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag som trengs til bruk for *helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester*, til bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr. Avståelse til bruk omfatter rett til å foreta de endringer ved gjenstanden eller den faste eiendom som anses nødvendig.

§ 5-1 skal lyde:

§ 5-1 *Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling*

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet pålegge en eller flere virksomheter som omfattes av loven å ta imot og å gi *nødvendige helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester* til personer, uten hensyn til hvor disse bor eller oppholder seg. Departementet kan videre bestemme at en slik virksomhets ressurser innen *helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten*, herunder personellressurser, skal stilles til rådighet for en kommune, en fylkeskommune, et regionalt helseforetak eller staten.

§ 6-2 første ledd skal lyde:

Departementet kan gi forskrifter til utfylling og gjennomføring av denne loven, herunder om tilsyn med planlegging og gjennomføring av tiltak etter loven og om administrasjon og drift av *helse- og omsorgstjenesten* og sosialtjenesten under krig, samt ved kriser og katastrofer i fredstid.

21. I lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff mv. gjøres følgende endringer:

§ 7 a andre ledd skal lyde:

Uten hinder av taushetsplikten har kriminalomsorgen rett til å innhente fra:

- a) Folkeregisteret; opplysninger om innsattes navn, fødselsnummer, fødested, bopel og statsborgerskap.
- b) Tilsatte i barnevernet og sosialtjenesten; opplysninger om innsattes barne- og familieforhold som er nødvendige for å ivareta hensynet til barnet og den øvrige familien under straffegjennomføring, ved permisjon, ved løslatelse og ved overføring til andre gjennomføringsformer enn fengsel med høyt sikkerhetsnivå.
- c) Helsepersonell i *helse- og omsorgstjenesten*; opplysninger som nevnt i bokstav b, samt opplysninger som er strengt nødvendige for å avverge fare for liv og helse for den innsatte selv, andre innsatte og tilsatte.

22. I lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregistreloven) gjøres følgende endringer:

§ 1 skal lyde:

§ 1 *Lovens formål*

Formålet med denne lov er å bidra til å gi *helse- og omsorgstjenesten* og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet, slik at *tjenestene* kan gis på forsvarlig og effektiv måte. Gjennom forskning og statistikk skal loven bidra til informasjon og kunnskap om befolkningens helseforhold, årsaker til nedsatt helse og utvikling av sykdom for administrasjon, kvalitetssikring, planlegging og styring. Loven skal sikre at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvernhen-syn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger.

§ 3 skal lyde:

§ 3 *Saklig virkeområde*

Loven gjelder for

1. behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen og *helse- og omsorgstjenesten*, som skjer helt eller delvis med elektroniske hjelpemidler for å fremme formål som beskrevet i § 1, og
2. annen behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen og *helse- og omsorgstjenesten* til slike formål, når helseopplysningene inngår eller skal inngå i et helseregister.

Loven gjelder både offentlig og privat virksomhet.

Kongen i Statsråd kan i forskrift bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for behandling av helseopplysninger utenfor helseforvaltningen eller *helse- og omsorgstjenesten* for å ivareta formål som beskrevet i § 1.

Loven gjelder ikke for behandling av helseopplysninger som reguleres av helseforskningsloven.

§ 5 fjerde ledd skal lyde:

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-3 til 4-8 gjelder tilsvarende for samtykke etter denne lov. Barn mellom 12 og 16 år kan selv treffe beslutning om samtykke, dersom pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at opplysningene gjøres kjent for foreldrene eller andre med foreldreansvar.

§ 6 nytt fjerde ledd skal lyde:

Kongen kan i forskrift fastsette at opplysninger i behandlingsrettet register skal behandles elektronisk.

§ 6 a skal lyde:

§ 6 a *Virksomhetsovergrepene, behandlingsrettede helseregistre*

Det kan bare etableres virksomhetsovergrepene, behandlingsrettede helseregistre som fremgår av loven her eller annen lov.

Virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre kan bare inneholde nærmere bestemte helseopplysninger i et begrenset omfang som er nødvendige og relevante for samarbeid mellom virksomheter om *forsvarlige helse- og omsorgstjenester* til pasienten eller brukeren. Slike registre kan bare etableres i tillegg til de behandlingsrettede helseregistrene virksomheten etablerer internt i virksomheten, jf. *spesialhelsetjenesteloven* § 3-2 og *helse- og omsorgstjenesteloven* § 5-10, jf. helsepersonell-

oven §§ 39 og 40. Virksomhetsovergrepene, behandlingsrettede helseregistre skal føres elektronisk.

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering, drift og behandling av helseopplysninger i virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre. Virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre kan bare etableres uten samtykke fra pasienten *eller brukeren* dersom dette er nødvendig for å ivareta formålet med registeret. Det kan ikke etableres sentrale behandlingsrettede helseregistre etter denne bestemmelsen.

Forskrift etter tredje ledd skal nærmere angi formålet med behandlingen av helseopplysningene og hvilke opplysninger som skal behandles. Forskriften skal videre angi hvem som er databehandlingsansvarlig for opplysningene, herunder om plassering, tilgang, tilgangskontroll, samt gi pasienten *eller brukeren* rett til å motsette seg behandling av opplysninger i registeret eller stille krav om samtykke.

§ 6 c første ledd skal lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av registre og behandling av helseopplysninger i registrene til følgende formål:

1. saksbehandling for å avgjøre om det kan treffes vedtak om frikort og refusjon av betalte egenandeler, jf. *pasient- og brukerrettighetsloven* § 2-6, spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 og folketrygdloven kapittel 5
2. administrering og samordning av transport til undersøkelse eller behandling i *helse- og omsorgstjenesten*, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6.

§ 7 tredje ledd skal lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av lokale helseregistre og behandling av helseopplysninger i lokale helseregistre for ivaretagelse av oppgaver etter *helse- og omsorgstjenesteloven* og smittevernloven. Navn, fødselsnummer eller andre direkte personidentifiserende kjennetegn kan bare behandles etter samtykke fra den registrerte. Samtykke fra den registrerte er ikke nødvendig, dersom det i forskriften bestemmes at helseopplysningene bare kan behandles i pseudonymisert eller aidentifisert form. Forskriften skal angi formålet med behandlingen av helseopplysningene, hvilke opplysninger som kan behandles, og eventuelt nærmere regler om hvem som skal foreta pseudonymiseringen og prinsipper

for hvordan det skal gjøres. Kommunen er databehandlingsansvarlig for opplysningene, med mindre noe annet er bestemt i forskriften. Databehandlingsansvaret kan delegeres.

§ 8 andre ledd skal lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av sentrale helseregistre og behandling av helseopplysninger i sentrale helseregistre for ivaretagelse av oppgaver etter apotekloven, *helse- og omsorgstjenesteloven*, tannhelsetjenesteloven, smittevernloven og spesialisthelsetjenesteloven, herunder overordnet styring og planlegging av tjenestene, kvalitetsutvikling, forskning og statistikk. Navn, fødselsnummer eller andre direkte personidentifiserende kjennetegn kan bare behandles etter samtykke fra den registrerte. Samtykke fra den registrerte er ikke nødvendig, dersom det i forskriften bestemmes at helseopplysningene bare kan behandles i pseudonymisert eller aidentifisert form. Forskriften skal eventuelt fastsette nærmere regler om hvem som skal foreta pseudonymiseringen og prinsipper for hvordan det skal gjøres.

§ 9 skal lyde:

§ 9 *Særlig om innsamling av helseopplysninger til sentrale, regionale og lokale helseregistre, meldingsplikt m.v.*

Virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester i henhold til apotekloven, *helse- og omsorgstjenesteloven*, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven, plikter å utlevere eller overføre opplysninger som bestemt i forskrifter etter §§ 6 a, 6 c, 7 og 8 samt etter paragrafen her.

Kongen kan gi forskrifter om innsamling av helseopplysninger etter §§ 6 a, 6 c, 7 og 8, herunder bestemmelser om hvem som skal gi og motta opplysningene og om frister, formkrav og meldingsskjemaer. Den som mottar opplysningene, skal varsle avsenderen av opplysningene dersom opplysningene er mangelfulle.

§ 11 andre ledd skal lyde:

Helseopplysninger kan bare anvendes til andre formål enn *helse- og omsorgstjenester* til den enkelte eller administrasjon av slike tjenester når personidentifisering er nødvendig for å fremme disse formålene. Det skal alltid begrunnes hvorfor det er nødvendig å benytte personidentifiserbare opplysninger. Tilsynsmyndigheten kan i medhold av § 31 kreve at den databehandlingsansvarlige legger frem begrunnelsen.

§ 12 første ledd skal lyde:

Helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister kan sammenstilles med opplysninger om samme pasient *eller bruker* i annet behandlingsrettet helseregister, i den grad helseopplysningene kan utleveres etter helsepersonelloven §§ 25, 26 og 45.

§ 13 a skal lyde:

§ 13 a *Forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger*

Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte helseopplysninger som behandles etter denne loven uten at det er begrunnet i *helse- og omsorgstjenester til den enkelte*, administrasjon av *slike tjenester* eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.

§ 15 fjerde og femte ledd skal lyde:

Taushetsplikt er likevel ikke til hinder for utlevering av opplysninger om en pasient *eller bruker* skal betale egenandel til helsepersonell eller andre som gir *helse- og omsorgstjenester* eller yter andre tjenester til *pasient eller bruker* som folketrygden er stønadspiktig for. Taushetsplikt er heller ikke til hinder for utlevering av slike opplysninger til helseforetakene i forbindelse med oppgjør for syketransport.

Opplysninger om en pasients *eller brukers* navn, transportbehov og om pasienten *eller brukeren* skal betale egenandel og eventuelt beløpet kan gis til transportør i forbindelse med transport som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 6.

§ 15 a overskriften skal lyde:

§ 15 a *Opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring*

§ 16 fjerde ledd skal lyde:

Kongen kan gi forskrift om sikkerhet ved behandling av helseopplysninger etter denne lov. Kongen kan herunder sette nærmere krav til elektronisk signatur, kommunikasjon og langtidslagring, om godkjenning (autorisasjon) av programvare, *sertifisering* og om bruk av standarder, klassifikasjonssystemer og kodeverk, samt hvilke nasjonale eller internasjonale standardssystemer som skal følges.

§ 22 første ledd skal lyde:

Den som ber om det, har rett til innsyn i behandlingsrettet helseregister i den grad dette

følger av *pasient- og brukerrettighetsloven* § 5-1 og helsepersonelloven § 41.

§ 25 første ledd skal lyde:

Det kan nektes innsyn i behandlingsrettet helseregister etter reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 5-1.

§ 31 første ledd skal lyde:

Datatilsynet fører tilsyn med at bestemmelsene i loven blir fulgt og at feil eller mangler blir rettet, jf. personopplysningsloven § 42, med mindre tilsynsoppgavene påligger Statens helsetilsyn eller *Fylkesmannen* etter lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med *helse og omsorgstjenesten mv.*

23. I lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. gjøres følgende endringer:

§ 1 første ledd, bokstav a skal lyde:

a) i institusjon under spesialisthelsetjenesten og *den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

§ 2 første ledd bokstav e skal lyde:

e) forhold som medfører ansvar for *helse- og omsorgstjenesten* eller helsepersonell etter alminnelige erstatningsregler.

§ 7 skal lyde:

§ 7 *Plikt til å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for den offentlige helse- og omsorgstjenesten*

Staten, regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner yter tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for å dekke erstatning for pasientskader voldt i den offentlige *helse- og omsorgstjenesten*, samt bidrag til driften i samsvar med forskrift gitt av Kongen.

Til den offentlige *helse- og omsorgstjenesten* regnes virksomheten til staten, de regionale helseforetakene, helseforetakene, fylkeskommunene eller kommunene. Det samme gjelder virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse. Kongen kan i forskrift presisere hva som skal regnes til den offentlige *helse- og omsorgstjenesten*, herunder gjøre unntak fra første og annet punktum.

§ 8 skal lyde:

§ 8 *Plikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten til å melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning*

Den som utenfor den offentlige *helse- og omsorgstjenesten* yter helsehjelp som nevnt i § 1,

skal melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for å dekke erstatning for pasientskader voldt utenfor den offentlige *helse- og omsorgstjenesten* samt bidrag til driften.

Nærmere bestemmelser om melde- og tilskuddsplikten, om registrering av meldingene og om tilskuddsordningen fastsettes av Kongen i forskrift, herunder kan det fastsettes fritak fra plikten etter første ledd.

Den som forsettlig unnlater å oppfylle plikten til å melde fra eller plikten til å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder. Det samme gjelder den som i meldingen gir feil opplysninger slik at det betales for lavt tilskudd.

§ 19 skal lyde:

§ 19 *Lovens virkeområde*

Loven gjelder skade som voldes i riket med Svalbard. Loven gjelder også skade ved helsetjenester som mottas i utlandet i medhold av *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b* fjerde eller femte ledd eller etter annet oppdrag fra norske myndigheter, og som det offentlige helt eller delvis bekoster, herunder behandlingsreiser. Kongen kan bestemme at loven ikke skal gjelde når det ytes helsehjelp her i riket med særskilt liten norsk tilknytning.

24. I lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) gjøres følgende endring:

§ 1 første ledd skal lyde:

Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og *pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1*, ved

1. at det opprettes regionale helseforetak som etter eiers retningslinjer skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten og legge til rette for forskning og undervisning,
2. at det legges til rette for at de regionale helseforetakene skal organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak.

§ 2 tredje ledd skal lyde:

Helseforetak er virksomhet som eies av regionalt helseforetak alene og som er opprettet i medhold av § 9. Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning samt andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, *eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

§ 33 nytt tredje ledd skal lyde:

Regionalt helseforetak skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven §§ 3-1 nr. 4 og 3-5.

25. I lov 21. juni 2002 nr. 34 om forbrukerkjøp gjøres følgende endringer:

§ 48 a andre ledd bokstav d skal lyde:

- d) at forbrukeren kan ta kontakt med sosialtjenesten i den kommunen forbrukeren har fast bosted, for å avklare om *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* gir rett til økonomisk stønad for å avhjelpe situasjonen.

26. I lov 21. februar 2003 nr. 12 om behandlingsbiobanker gjøres følgende endring:

§ 11 skal lyde:

§ 11 *Samtykkebestemmelse for diagnostiske biobanker og behandlingsbiobanker*

Samtykke til helsehjelp etter *pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-1 og 4-2* omfatter også innhenting, oppbevaring og behandling av humant biologisk materiale, herunder bruk av materialet til forebygging, kvalitetskontroll og metodeutvikling.

For personer uten samtykkekompetanse etter *pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3*, gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4 til 4-8* om samtykke på vegne av andre tilsvarende.

§ 17 første ledd skal lyde:

Statens helsetilsyn skal i samsvar med lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten føre tilsyn med at lovens bestemmelser overholdes.

27. I lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. gjøres følgende endringer:

§ 2 tredje ledd skal lyde:

Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor *helse- og omsorgstjenesten*, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell. Behandling som utøves i *helse- og omsorgstjenesten* eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor *helse- og omsorgstjenesten.*

§ 2 femte ledd skal lyde:

Når alternativ behandling utøves i *helse- og omsorgstjenesten* eller av autorisert helsepersonell, gjelder også helsepersonelloven. Autorisert helsepersonell skal gi informasjon og innsyn i journal tilsvarende det som følger av helsepersonelloven § 10 og § 41, også dersom pasienten ikke har rettigheter etter *pasient- og brukerrettighetsloven*.

§ 7 tredje ledd skal lyde:

Bestemmelsen i første ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og pasienten er myndig og har samtykkekompetanse etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3 første og andre ledd. Det samme gjelder for andre pasienter dersom *helse- og omsorgstjenesten* ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten. Samtykkebestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven* §§ 4-4, 4-5, 4-7 og 4-8 gjelder tilsvarende så langt de passer.

28. I lov 4. juli 2003 nr. 84 om private skolar med rett til statstilskot gjøres følgende endring:

§ 3-8 skal lyde:

§ 3-8 *Helsetilsyn*

Forskrift gitt i medhald av *helse- og omsorgstjenesteloven* § 3-2 andre ledd gjeld for elevar ved skolar i Noreg godkjende etter denne lova. Kommunen der skolen ligg, har ansvaret for å gjennomføre helsetenesta i samsvar med forskrifta og å dekkje utgifter for helsetenesta ved skolane etter same reglar som for offentlege skolar.

29. I lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) gjøres følgende endringer:

§ 2A-6 første ledd skal lyde:

Dersom nemnda finner at preimplantasjonsdiagnostikk skal tilbys, og behandling ikke kan utføres forsvarlig i Norge etter aksepterte metoder, skal tjenesten kjøpes i utlandet. Dette gjelder uavhengig av om vilkårene i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 2-1 b femte ledd er oppfylt.

5-8 overskriften skal lyde:

§ 5-8 *Forbud mot bruk av genetiske opplysninger utenfor helse- og omsorgstjenesten*

30. I lov 12. desember 2003 nr. 108 om kompensasjon av merverdiavgift for kommuner, fylkeskommuner mv. gjøres følgende endring:

§ 2 første ledd bokstav c skal lyde:

c) private eller ideelle virksomheter som produserer *helse- og omsorgstjenester*, undervisningstjenester eller sosiale tjenester som kommunen eller fylkeskommunen er pålagt å utføre ved lov,

31. I lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika gjøres følgende endringer:

§ 2 første ledd skal lyde:

En sprøyteromsordning som er etablert i medhold av denne loven, er å anse som *kommunal helse- og omsorgstjeneste*.

§ 3 andre ledd skal lyde:

For brukere av sprøyteromsordningen skal sprøyteromsordningen være et supplement til kommunens øvrige *helse- og omsorgstjenester*.

§ 6 tredje ledd skal lyde:

Adgang til sprøyterommet er ikke nødvendig helsehjelp etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 2-1a. Avgjørelse om adgang til sprøyterommet kan ikke påklages etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 7-2.

32. I lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff gjøres følgende endringer:

§ 64 andre ledd skal lyde:

Kongen kan gi forskrift om at *helse- og omsorgstjenesteloven* kapittel 9 skal gjelde tilsvarende. Kongen kan gi særlige regler om saksbehandlingen.

§ 65 andre ledd skal lyde:

Den domfelte, hans nærmeste pårørende og den faglig ansvarlige ved den institusjon som har behandlingsansvaret for den domfelte, kan begjære opphør av reaksjonen. Hvem som er den domfeltes nærmeste pårørende, avgjøres etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 1-3 første ledd bokstav b. Påtalemyndigheten fremmer saken for tingretten, som treffer avgjørelsen ved dom. Behandlingen av saken skal påskynnes.

§ 284 tredje ledd skal lyde:

Med bot eller fengsel inntil 1 år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, *sosialtjenesten, helse- og omsorgstjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn*, som ved anmeldelse eller på annen måte unnlatte å søke å avverge en kjønnslemlestelse. Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn. Avvergingsplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt. Unnlatelsen er ikke straffbar hvis kjønnslemlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.

33. I lov 17. juni 2005 nr. 64 om barnehager gjøres følgende endringer:

§ 21 skal lyde:

§ 21 *Opplysningsplikt til sosialtjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten*

Barnehagepersonalet skal gi sosialtjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bistand i klientsaker. De skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra kommunens side, og skal av eget tiltak gi sosialtjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold. Av eget tiltak kan opplysninger bare gis etter samtykke fra klienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt. Opplysninger skal normalt gis av styrer.

34. I lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen gjøres følgende endringer:

§ 11 andre ledd skal lyde:

Pålegg om å gjøre tjeneste i sosialtjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap § 4-1 kan også omfatte ansatte i etaten.

§ 14 a tredje ledd skal lyde:

Brukere som har fått fastslått at de har et bistandsbehov, har rett til å delta i utarbeidelsen av en konkret plan for hvordan de skal komme i arbeid (aktivitetsplan). Det skal likevel ikke utarbeides aktivitetsplaner for personer som har rett til kvalifiseringsprogram etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*.

35. I lov 15. mai 2008 nr. 35 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her gjøres følgende endringer:

§ 84 andre ledd skal lyde:

Offentlige myndigheter skal etter anmodning gi utlendingsmyndighetene opplysninger om referansepersonen i en sak om oppholdstillatelse etter kapittel 6 eller om oppholdsrett etter kapittel 13 i loven her har mottatt økonomisk stønad etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* det siste året før opplysningene avgis. Opplysningene gis uten hinder av taushetsplikt i *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* § 44.

36. I lov 20. juni 2008 nr. 42 om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne gjøres følgende endringer:

§ 12 fjerde ledd skal lyde:

Kommunen skal foreta rimelig individuell tilrettelegging av tjenestetilbud etter *helse- og omsorgstjenesteloven* av varig karakter for den enkelte, for å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne får et likeverdig tilbud.

37. I lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning gjøres følgende endringer:

§ 17 andre til sjettede ledd skal lyde:

Samtykkekompetanse etter første ledd kan bortfalle i situasjoner som vist til i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3 andre ledd.

Foreldre eller andre med foreldreansvar må samtykke til forskning med mindreårige mellom 16 og 18 år som innebærer legemsinngrep eller legemiddelutprøving.

For samtykke til forskning som inkluderer deltakere under 16 år, gjelder samtykkebestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-4 tilsvarende. Dersom barn mellom 12 og 16 år av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at foreldrene, andre med foreldreansvar eller barnevernstjenesten gjøres kjent med opplysninger om barnet, skal dette ivaretas.

For personer uten samtykkekompetanse etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3 andre ledd skal nærmeste pårørende etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 1-3 bokstav b samtykke.

For personer som er umyndiggjorte etter lov 28. november 1898 om umyndiggjørelse gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-7 tilsvarende.

§ 18 første ledd skal lyde:

Forskning som inkluderer mindreårige og personer uten samtykkekompetanse etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3 kan bare finne sted dersom

- a) eventuell risiko eller ulempe for personen er ubetydelig,
- b) personen selv ikke motsetter seg det, og
- c) det er grunn til å anta at resultatene av forskningen kan være til nytte for den aktuelle personen eller for andre personer med samme aldersspesifikke lidelse, sykdom, skade eller tilstand.

§ 28 skal lyde:

§ 28 *Adgang til bruk av biologisk materiale som er innsamlet i helse- og omsorgstjenesten til forskning*

Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan bestemme at humant biologisk materiale innsamlet i *helse- og omsorgstjenesten* som ledd i diagnostisering og behandling, kan eller skal brukes til forskningsformål uten innhenting av pasientens samtykke. Dette kan bare skje dersom slik forskning er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt. Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan sette vilkår for bruken.

Pasienten skal på forhånd ha blitt informert om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og må ha fått adgang til å reservere seg mot forskning på humant biologisk materiale.

Det skal opprettes et elektronisk register med oversikt over de pasientene som har reservert seg mot at deres biologiske materiale benyttes til forskning.

§ 35 skal lyde:

§ 35 *Adgang til bruk av helseopplysninger som er innsamlet i helse- og omsorgstjenesten til forskning*

Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan bestemme at helseopplysninger kan eller skal gis fra helsepersonell til bruk i forskning, og at det kan skje uten hinder av taushetsplikt. Det samme gjelder opplysninger innsamlet i *helse- og omsorgstjenesten*. Dette kan bare skje dersom slik forskning er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt. Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan sette vilkår for bruken. Reglene om taushetsplikt etter § 7 gjel-

der tilsvarende for den som mottar opplysningene.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om bruk av taushetsbelagte opplysninger i forskning.

38. I lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling gjøres følgende endring:

§ 12-7 nr. 10 skal lyde:

10. krav om særskilt rekkefølge for gjennomføring av tiltak etter planen, og at utbygging av et område ikke kan finne sted før tekniske anlegg og samfunnstjenester som energiforsyning, transport og vegnett, *sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester*, barnehager, friområder, skoler mv. er tilstrekkelig etablert,

39. I lov 19. juni 2009 nr. 44 om kommunale krisentertilbud gjøres følgende endring:

§ 4 andre ledd skal lyde:

Tilbud og tenester etter denne lova kan inngå som ledd i samordninga av ein individuell plan etter anna lovgiving, jf. *helse- og omsorgstjenesteloven* § 7-1, *pasient- og brukerrettighetsloven* § 2-5, *psykisk helsevernloven* § 4-1, og *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* §§ 28 og 33.

40. I lov 19. juni 2009 nr. 58 om merverdiavgift gjøres følgende endringer:

§ 3-2 første ledd skal lyde:

- (1) Omsetning og formidling av helsetjenester er unntatt fra loven, herunder tjenester som
- a) omfattes av *helse- og omsorgstjenesteloven* og *spesialisthelsetjenesteloven*
 - b) omfattes av *tannhelsetjenesteloven*, samt *tanntekniske tjenester*
 - c) omfattes av *folketrygdloven* kapittel 5 og 10
 - d) ytes av yrkesgrupper med autorisasjon eller lisens etter *helsepersonelloven*
 - e) ytes av *bedriftshelsetjenesten*

§ 3-4 første ledd skal lyde:

- (1) Omsetning og formidling av sosiale tjenester er unntatt fra loven, herunder sosiale tjenester
- a) etter *helse- og omsorgstjenesteloven* og *barnevernloven*
 - b) som ytes i barne- og ungdomsinstitusjoner, fritidsklubber, feriekolonier og lignende
 - c) som gjelder pass av barn

41. I lov 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål gjøres følgende endringer:

§ 57 første ledd skal lyde:

Må det antas at det er behov for vergemål for en person som er innlagt i *institusjon*, skal *institusjonen* melde fra til *Fylkesmannen*. Meldeplikten gjelder også ansvarlig for *kommunens sosialtjeneste og kommunens helse- og omsorgstjeneste* utenfor institusjon. Meldingen skal begrunnes.

§ 67 skal lyde:

§ 67 *Vurdering av tvungen forvaltning*

I forbindelse med opprettelsen av vergemålet skal *Fylkesmannen* vurdere om midler som er

underlagt tvungen forvaltning i medhold av folketrygdloven § 22-4, folketrygdloven § 22-6, *helse- og omsorgstjenesteloven* § 12-6, i stedet skal forvaltes av vergen.

§ 71 femte ledd skal lyde:

Retten sørger for at saken blir tilstrekkelig opplyst. Retten har i den forbindelse krav på å få bistand fra politiet. Helsepersonell, ansatte i *helse- og omsorgstjenesten*, sosialtjenesten og ansatte i barnevernstjenesten kan gi nødvendige og relevante opplysninger til oppnevnt sakkynning og avgi vitneforklaring uten hinder av taushetsplikt.

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 Xpress 04/2011

