

Høringsnotat – forslag til lovendringer

Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig
særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og
ventelister

Innhold

1	Hovedinnholdet i Regjeringens forslag	4
2	Kommunale heldøgns helse- og omsorgstjenester m.v.	6
2.1	Pasienter og brukere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	6
2.2	Botilbudet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	6
2.2.1	Sykehjem	8
2.2.2	Omsorgsboliger/bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester	8
2.3	Finansiering og egenandel for botilbud	9
2.4	Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenestene	9
2.5	Praksis ved tildeling av institusjonsplass og omsorgsbolig	10
2.5.1	Kriterier	10
2.5.2	Ventelister	11
2.6	Brukernes oppfatninger	12
2.6.1	Klage og tilsyn	12
2.6.2	Innbyggerundersøkelsen 2013	12
3	Dagens rettstilstand	13
3.1	Innledning	13
3.2	Kommunens ansvar og plikter – heldøgns tjenester	13
3.3	Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjemsplass	14
3.4	Krav til saksbehandlingen ved søknad om sykehjemsplass eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester	15
3.5	Klage og tilsyn	17
3.6	Regulering av tjenester i sykehjem og egen bolig	17
4	Departementets vurderinger og forslag	18
4.1	Innledning	18
4.2	Generelt om rettighetsfesting i helse- og omsorgslovgivningen	19
4.3	Retten til sykehjemsplass og opphold i tilsvarende bolig presiseres i lov	20
4.4	Fastsettelse av kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester	22
4.4.1	Innledning	22
4.4.2	Objektive vilkår	23
4.4.3	Nasjonale kriterier	23

4.4.4	Kommunale kriterier	23
4.5	Nærmere om rett til vedtak etter kommunale kriterier fastsatt i forskrift - ventelister 24	
4.5.1	Innledning.....	24
4.5.2	Plikt for kommunen til å utarbeide kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnsopphold	24
4.5.3	Rett til vedtak	26
4.5.4	Ventelister	28
4.6	Klage	28
4.7	Ikraftredelse	29
5	Økonomiske og administrative konsekvenser	29
6	Forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven	30
	Utkast til lovtekst:.....	30

1 Hovedinnholdet i Regjeringens forslag

Regjeringen vil skape pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste. Pasientens og brukerens behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal være utformet slik at de møter pasientenes og brukernes behov og ønsker, og bidrar til god helse og mestring. For å møte de fremtidige utfordringene, er det behov for endringer i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen er i ferd med å igangsette et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten. En del av forsøket innebærer at Helsedirektoratet skal utvikle nasjonale tildelingskriterier. Forsøket skal etter planen være gjennomført i løpet av første halvdel av 2019. Forsøksordningen skal følgeevalueres.

I regjeringsplattformen fremgår det at Regjeringen vil utrede lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg. Regjeringen foreslår i dette høringsnotatet lovendringer som skal bedre rettsstillingen til pasienter og brukere når det gjelder retten til plass i sykehjem og opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. I høringsnotatet er det foreslått følgende lovendringer:

- Retten til sykehjems plass eller opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester presiseres i pasient- og brukerrettighetsloven. Det vil etter forslaget fremgå klart av loven at pasient eller bruker har rett til slikt opphold dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten og brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Behandlende leges vurderinger/erklæring/epikrise etc. skal vektlegges i den helse- og omsorgsfaglige vurderingen som kommunen foretar og være en del av beslutningsgrunnlaget. Kommunens korresponderende plikt til å tilby slike tjenester presiseres i helse- og omsorgstjenesteloven.
- Regjeringen vil innføre nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, og foreslår hjemmel for å gi slike nasjonale kriterier. Slike kriterier vil etter Regjeringens mening bidra til økt kvalitet og mer likeverdige tjenester. Gjennom forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenesten får en også prøvd ut nasjonale kriterier for inntak til heldøgns pleie- og omsorg i flere kommuner. Erfaringene fra forsøksordningen vil uavhengig av erfaringene med statlig finansiering være et viktig grunnlag for å utarbeide nasjonale kriterier som skal gjelde for alle kommunene. Denne delen av høringsforslaget vil derfor først iverksettes når dette arbeidet er gjennomført. I denne sammenheng vil også de økonomiske konsekvensene av innføring av nasjonale kriterier bli utredet.
- Inntil nasjonale kriterier er på plass foreslår Regjeringen at pasient og bruker gis rett til vedtak om vedkommende oppfyller kommunale kriterier for langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig. Kommunen skal i forskrift fastsette kriterier ut fra lokale behov og tjenestetilbud. Kommunen skal føre ventelister over brukere og pasienter som venter på langtidsplass. Kommunens forskrift skal også regulere hvordan kommunen skal følge opp personer som står på venteliste. Kommunene har

ansvaret for å sørge for kommunale helse- og omsorgstjenester. De må etter forslaget være tydelige overfor egne innbyggere på hvilke tjenester som kan forventes i egen kommune. Pasientens og brukerens rett til vedtak i dette systemet skal gi trygghet for at vedkommendes behov er sett og at et kommunalt tilbud om sykehjemsplass eller tilsvarende bolig er der når behovet oppstår.

Regjeringens samlede forslag innebærer:

- Vesentlig styrking av rettighetene til omsorgstrengende i praksis
- Vil forplikte kommunene sterkere enn i dag til å innfri de pliktene de har
- Vil tydeliggjøre at alle med omsorgsbehov skal få en vurdering om rett omsorgsnivå som ikke er knyttet til kommunens kapasitet der og da
- Vil gjennom åpenhet om både kriterier for tildeling og ventelister, legge et sterkere press på kommunene.

Forslaget om å presisere gjeldende rett til sykehjemsplass er tydeliggjøring av en plikt kommunene allerede har og vil derfor ikke kreve en utredning av økonomisk kompensasjon for kommunene. Det er imidlertid behov for flere plasser for at kommunene skal kunne oppfylle sine gjeldende forpliktelser og forberede seg på det behovet som kommer fremover. Regjeringen vil følge opp dette i de årlige budsjetter. Det vises for øvrig til at Regjeringen, gjennom budsjettene for 2014 og 2015, har forbedret den statlige tilskuddsordningen, lagt til rette for flere søknader om tilskudd fra kommunene, og lagt til rette for en vekst i kommunenes økonomiske handlingsrom. I 2014 så vi også at hele tilskuddsrammen for investeringstilskudd fra Husbanken ble utnyttet.

Det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer sitt helse- og omsorgstjenestetilbud, både når det gjelder innholdet i tjenestene og hvor tjenestene ytes. Det er etter hvert vanskelig å se forskjell på nye sykehjem og enkelte omsorgsboliger. For å ta høyde for kommunenes ulike tjeneste-/boligtilbud omfatter forslaget både plass i sykehjem og opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Med tilsvarende bolig menes boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester og som er tilpasset personer med funksjons- og kognitiv svikt, se under kapittel 2. Opphold i sykehjem er oftest et tjenestetilbud beregnet på eldre pasienter. Regelforslaget vil derfor i hovedsak være innrettet mot eldre pasienter og brukere.

2 Kommunale heldøgns helse- og omsorgstjenester m.v.

2.1 Pasienter og brukere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

De kommunale helse- og omsorgstjenestene dekker i dag hele livsløpet, og har brukere og pasienter i alle aldersgrupper med svært ulike behov og et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelse og utfordringer. Det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester. Noen kommuner har valgt å fokusere på sykehjem og institusjonstjenester, mens andre kommuner satser mer på hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud og omsorgsboliger.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det i alt var om lag 272 000 personer som mottok kommunale institusjons- og hjemmetjenester ved utgangen av 2014. Av disse mottakerne hadde om lag 43 000 personer opphold i institusjon, og om lag 180 000 personer mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem (herunder beboere i omsorgsboliger). Vel 48 500 personer mottok andre typer tjenester til hjemmeboende (som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv.). Tallene viser videre at vel to av ti tjenestemottakere bor i en institusjon, eller i en bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. En av ti bor i en annen bolig som kommunen stiller til disposisjon, og noen av disse boligene har fast personell deler av døgnet. De aller fleste tjenestemottakerne, syv av ti, bor imidlertid i en vanlig bolig. Halvparten av disse bor alene.

Med gjennomstrømming menes den årlige utskiftingen av tjenestemottakere som ikke fanges opp av den ordinære tverrsnittsstatistikken ved årets slutt. Foreløpige tall viser at hele 341 000 unike personer mottok kommunale institusjons- og hjemmetjenester i løpet av 2014 .

De største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har først og fremst skjedd i hjemmetjenestene, og det er hjemmesykepleien som vokser. Dette er uttrykk for to markante utviklingstrekk i sektoren, der retningen på tjenesteutøvelsen går fra institusjonsbaserte tjenester til hjemmebaserte tjenester og fra praktisk bistand til helsetjenester.

I de siste tiårene er tallet på tjenestemottakere under 67 år nesten tredoblet, og utgjør snart 40 pst. av de som mottar disse tjenestene. Samtidig er tallet på tjenestemottakere mellom 67-79 år redusert, mens tallet på tjenestemottakere 80 år og over har holdt seg på om lag samme nivå til tross for sterk vekst i de eldste eldres andel av befolkningen.

2.2 Botilbudet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Kommunene tilbyr tjenester i institusjon, herunder sykehjem, eller eventuelt tjenester i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud.

Antallet institusjonsplasser har som helhet blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift. Siden 1998 er om lag

halvparten av institusjonsplassene fornyet eller skiftet ut, og standarden på institusjonsplassene har derfor økt. Bl.a. er nå de fleste institusjonsplassene i enerom.

Utvikling i antall plasser i institusjon 2008-2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sykehjem	39 325	39 259	39 670	39 852	40 307	40 184	40 184
Aldershjem	2009	1812	1627	1428	1425	1257	1126
Barnebolig	247	194	186	173	190	229	233
Avlastningsbolig	1020	1173	1295	1445	1283	1344	1429
<i>Institusjon i alt</i>	<i>42 601</i>	<i>42 438</i>	<i>42 778</i>	<i>42 898</i>	<i>43 205</i>	<i>43 014</i>	<i>42 972</i>

Merknad: Tall for 2014 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tall fra SSB viser at for 2014 var dekningsgraden for heldøgns plasser i institusjon og omsorgsboliger på 29 pst. sett i forhold til antall innbyggere på 80 år og over. Foreløpige tall viser at antall beboere i boliger med heldøgns bemanning har økt fra om lag 20 000 i 2008 til i overkant av 22 000 ved utgangen av 2014. Dette kommer i tillegg til de som mottar heldøgns tjenester i institusjon. Samtidig er det en del mennesker som får et omfattende tjenestetilbud i eget opprinnelig hjem.

Utvikling i antall beboere i boliger med heldøgns bemanning 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Beboere i bolig med heldøgns bemanning	20 936	21 675	22 015	21 786	22 221

Merknad: Tall for 2014 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Institusjons- og hjemmetjenestetradisjonen er i ferd med å forenes, og det er etter hvert blitt vanskelig å se forskjell på nye sykehjem med små avdelinger, og tun med omsorgsboliger og lokaler for hjemmetjenestene. I realiteten er ofte det eneste skillet mellom boformene finansierings- og brukerbetalingsordningene, som er ulike alt ettersom brukeren mottar tjenester i sitt eget hjem (herunder tjenester i omsorgsbolig) eller tjenester i institusjon.

2.2.1 Sykehjem

De fleste tjenestemottakerne som mottar institusjonstjenester befinner seg på et sykehjem. Dette gjelder både langtidsopphold og korttidsopphold. Tallet på mottakere av langtidsopphold i institusjon har vært stabilt på rundt 34 000 målt ved årets slutt de siste årene. Flertallet blant mottakerne med langtidsopphold i institusjon har omfattende bistandsbehov. Blant tjenestemottakere med langtidsopphold i institusjon er bare 1 pst. yngre enn 50 år, og nesten 80 pst. er 80 år eller eldre. Langtidsopphold i institusjon er derfor langt på vei en tjeneste for de eldste eldre.

Sykehjem er en lovpålagt oppgave for kommunene etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c, og nærmere regulert gjennom sykehjemsforskriften (forskrifter av 14. november 1988 nr. 932). I forskriften stilles det som krav at sykehjemmet har en administrativ leder, en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling, en sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien, og det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand. Det er ikke lagt til grunn noen kvalitetsnorm eller bemanningsnorm for drift av sykehjem. Institusjonen må imidlertid bemannes og driftes på en slik måte at kravet til forsvarlighet oppfylles, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonellovens § 4.

2.2.2 Omsorgsboliger/bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Omsorgsboliger er et vidt begrep og omfatter mange typer boliger. Begrepet er en fellesbetegnelse på boliger oppført helt eller delvis med offentlige midler, og som er tilrettelagt for mennesker med særskilt hjelpe- og/eller tjenestebehov. Begrepet omsorgsbolig er et relativt nytt begrep, og benyttes eksklusivt for botilbud utenfor institusjon. Omsorgsboliger kan eies eller disponeres av kommunene, eller de kan organiseres som for eksempel borettslag eller sameie med brukerne selv som eiere.

Kommunene er ikke forpliktet til å tilby omsorgsboliger til mennesker med behov for helse- og omsorgstjenester, og det finnes ingen legaldefinisjon av omsorgsbolig. En omsorgsbolig kjennetegnes gjerne av at det er en tilrettelagt bolig som kommunen disponerer til sine tjenestemottakere, og som disse tjenestemottakerne betaler husleie for. Leieforholdet reguleres av husleieloven. Videre innebærer dette at en beboer i en omsorgsbolig, som alle andre som bor hjemme, må betale for de tjenester vedkommende mottar, herunder også de helse- og omsorgstjenester som kommunen kan kreve egenandel for.

En omsorgsbolig er dermed ikke en bestemt tjeneste. Beboeren leier eller kjøper en omsorgsbolig, men det treffes egne vedtak om hvilke helse- og omsorgstjenester beboeren skal motta på samme måte som ved ordinære hjemmetjenester. Vedtakene kan handle om praktisk bistand, antall besøk fra sykepleier eller annet helsepersonell, matombringning eller lignende.

Det finnes om lag 50 000 slike boliger, som i hovedsak eies av kommunene og leies ut til beboere med behov for tjenester. Et stort antall nye omsorgsboliger er bygd i kommunene til yngre mennesker med behov for tilrettelagt bolig og tjenester.

Kommunenes heldøgns tjeneste- og botilbud er forskjellig organisert. Det kan gis tilbud tilsvarende det som gis i sykehjem i omsorgsboliger. Av hensyn til kommunene omfatter derfor lovforslaget både plass i sykehjem og opphold i tilsvarende type omsorgsbolig som kan sammenlignes med sykehjem og det tilbudet en mottar der. Forslaget omfatter således omsorgsboliger som er særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Med dette menes boliger særskilt tilpasset personer med funksjons- og kognitiv svikt.

2.3 Finansiering og egenandel for botilbud

I dagens regler for finansiering og egenbetaling av helse- og omsorgstjenester går det et skille mellom de som bor i en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon og de som bor i egen bolig. Med egen bolig menes i denne sammenhengen både de som bor i privat eid eller leid bolig, og de som bor i omsorgsbolig. Kommunene har hovedansvaret for finansiering av tjenestetilbudet uansett hvor tjenesten ytes, men kommunene har samtidig anledning til å kreve egenandel for de fleste av tjenestene. Adgangen til å kreve egenandel er nærmere regulert i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester.

I institusjon betaler beboeren for et samlet bolig- og tjenestetilbud uten hensyn til omfanget av de tjenester som mottas. Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester skiller mellom langtids- og korttidsopphold på institusjon. For korttidsopphold kan kommunene kreve betaling per døgn eller for det enkelte dag- eller nattopphold. For langtidsopphold kan kommunen for inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et sentralt fastsatt fribeløp også definert i forskriften, kreve 75 pst. i egenbetaling. Av inntekter utover grunnbeløpet kan kommunen kreve inntil 85 pst. Det legges i tillegg noen begrensninger på egenandelens størrelse for å skjerme beboerens økonomi.

Brukere som bor i egen bolig betaler for hjemmetjenester. Hjemmesykepleie og personrettet praktisk bistand er fritatt for egenandel. Det samme er støttekontakt og avlastningstiltak. Som personrettet praktisk bistand regnes personlig stell og egenomsorg, som nødvendig hjelp til å stå opp, toalettbesøk, personlig hygiene, hjelp til å kle av og på seg, hjelp til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov.

Tall fra SSB for 2014 viser at egenandelen for opphold i kommunale institusjoner utgjorde om lag 15 pst. av kommunenes kostnader til slike institusjoner. For hjemmetjenester utgjorde brukerbetalingen i overkant av 1 pst.

2.4 Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenestene

Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenestene er for det meste finansiert gjennom frie inntekter (rammefinansiering) og øremerkede tilskudd, og dels gjennom egenandeler.

Samlede brutto driftsutgifter for de kommunale helse- og omsorgstjenestene beløp seg i 2014 til nesten 122 mrd. kroner. Samlet representerer disse tjenestene om lag en tredel av kommunenes totale driftsutgifter.

Gjennomsnittlige driftsutgifter for en institusjonsplass på landsbasis i 2014 beløp seg til 1 050 000 kroner, mens driftsutgifter per bruker i hjemmetjenestene var i gjennomsnitt 241 600 kroner. Det er imidlertid store variasjoner i kommunenes kostnader for både en institusjonsplass og for driftsutgifter per bruker i hjemmetjenestene.

Tall for ressursfordelingen i kommunene mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester viser at kommunene i vesentlig større grad i dag enn tidligere benytter mer ressurser på hjemmetjenester fremfor institusjonstjenester.

2.5 Praksis ved tildeling av institusjonsplass og omsorgsbolig

Norge har i dag 428 kommuner som varierer både geografisk, demografisk, i fysisk størrelse og i sentralitet. Det er derfor stor variasjon i hvordan kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester.

Mange kommuner har etablert egne bestillerkontor eller funksjoner som ivaretar saksbehandlingen av søknader og tildeling av tjenester. Søknad eller en henvendelse om et hjelpebehov kan komme både fra brukeren, pårørende eller fra sykehus, fastlege eller omsorgstjenesten i kommunen m.fl. Bestillerkontoret har ansvaret for å innhente nødvendig informasjon både fra brukeren selv og fra andre. Når behovet endrer seg, må tjenestetilbudet vurderes på nytt.

Utskrivningsklare pasienter fra sykehus og betalingsordning for disse, har medført at mange kommuner har endret på arbeidsflyten og rutiner for utredning og tildeling av tjenester. Det er ofte vanskelig å kunne vurdere hva brukerne vil ha behov for av tjenester når de ligger i sykehus, og man ser at mange kommuner tilbyr korttids plass i sykehjem for å kunne gjøre en grundigere utredning og vurdering av brukerne.

2.5.1 Kriterier

Mange kommuner har utviklet egne kriterier som legges til grunn ved vurdering av behov for tildeling av tjenester. Kriteriene sier noe om hva som skal vurderes for å få tildelt ulike typer tjenester, alt fra trygghetsalarm, omsorgsbolig og til forsterket sykehjemsplass. Ved søknad om rehabiliteringsopphold kan det f.eks. stilles krav til at søker er motivert, tar ansvar for egentrening og har et faglig begrunnet behov for rehabilitering. Et annet eksempel er Oslo kommunes tildeling av trygghetsalarm, der alder er et kriterium: Er du over 75 år kan du få tildelt trygghetsalarm etter søknad. Søkere under 75 år blir vurdert i hvert enkelt tilfelle, og det må følge legeopplysninger med søknaden.

Mange kommuner vil også utarbeide særskilte kriterier for å kunne innvilge plass i sykehjem. Som eksempel kan nevnes Stavanger kommune som har utarbeidet følgende kriterier for å kunne innvilge plass i somatisk avdeling:

”Behovet for medisinsk behandling og/ eller sykepleie må være av så omfattende karakter at det er behov for heldøgns pleie og omsorg i institusjon. Ektepar skal tilbys plass i samme sykehjem. Andre aktuelle hjelpetiltak skal være vurdert før langtids plass i sykehjem innvilges, som f.eks.:

- *Tilpasning av bolig, evt. skal alternativt botilbud være vurdert iht søkerens fysiske, psykiske og sosiale situasjon*
- *Tilrettelegging av hjelp i hjemmet, for eksempel hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp*
- *Korttids- /vekselopphold i sykehjem*
- *Familiesituasjon og nettverk skal være kartlagt*
- *Sosiale støttetiltak, for eksempel dagsenter*
- *Trygghetsskapende tiltak, for eksempel trygghetsalarm.*”

Kriterier kan settes sammen ut fra ulike parametere, der man eventuelt kan legge enkelte av dem til grunn på ulike nivå i tjenestetildelingen. I den kommunale omsorgstjenesten snakker mange om "tiltakskjede" og "omsorgstrappen". Dette er benevnelse som viser til at det finnes mange typer helse- og omsorgstjenester, og at disse må ses i sammenheng ved tildeling av tjenester. For eksempel vil begrepet "omsorgstrappen" vise til en sammenheng der økende behov møtes med økende og mer omfattende tjenestetilbud av ulik art. Begrepet illustrerer en forståelse av at ulike helse- og omsorgstjenester (eller deltjenester), utgjør de forskjellige trinnene i trappa.

Det kan eksempelvis tas utgangspunkt i:

- vurdering av behov, basert på skåringsverktøy
- ut fra gitte forutsetninger, f.eks alder
- ut fra saksbehandlingsprosedyrer, der ulike nivå i omsorgstrappen skal prøves ut først
- ut fra brukerens ønske.

Det finnes per dags dato flere ulike verktøy som kan brukes i kartlegging av behov for helse- og omsorgstjenester. Oslo kommune har utviklet inntakskriterier for institusjonsopphold som presiserer at tjenestene skal tilbys i henhold til LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og tilpasses ”omsorgstrappen”. Hensikten med å utarbeide et sett felles inntakskriterier for bydelene, er å legge til rette for mest mulig rettferdig og likeartet praksis for tildeling av ulike typer institusjonsopphold i Oslo kommune.

Inntakskriteriene er ment å sikre at ulike institusjonstilbud blir rettferdig og riktig fordelt, uavhengig av hvilken bydel vedkommende mottaker tilhører. Det er også viktig at bydelenes bestillerkontor gis rom for å foreta faglig skjønn. Kriteriene må samtidig være fleksible nok til ikke å utelukke pasienter med særlige behov for å kunne motta de tjenester de har krav på.

2.5.2 Ventelister

Kommunene følger i dag utviklingen i enkeltbrukeres behov gjennom ulike kontaktpunkter med bruker- og pårørende, samt ulike saksbehandlings- og dokumentasjonsverktøy. Kommunen skal ha oversikt over den enkelte brukers/pasients behov, og det er mange måter dette kan gjøres på. Det er usikkerhet knyttet til i hvor stor grad kommunene har systematisk oversikt over hvor mange som har søkt om en sykehjemsplass, hvor mange som har fått vedtak om en sykehjemsplass, og hvor mange som har fått tildelt plassen.

Etter sikker fortolkning av dagens regelverk kan personer som kun kan få oppfylt sitt behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester i sykehjem eller tilsvarende bolig, ikke settes på venteliste. Dette følger også av forslag til § 2-1e første ledd i pasient- og brukerrettighetsloven.

2.6 Brukernes oppfatninger

2.6.1 Klage og tilsyn

I alt avsluttet fylkesmennene vurderingen av 1282 klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a i 2012. I 428 av sakene fikk klageren helt eller delvis medhold. Av disse sakene ble det avsluttet 114 klagesaker om plass i sykehjem og 74 klagesaker om plass i annen institusjon. Klageren fikk helt eller delvis medhold i til sammen 63 av disse klagene.

I 2010 og 2011 ble det utført 562 tilsyn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og fylkesmennene fant lovbrudd ved over 300 av dem. Helsetilsynet konkluderte slik:

- Ikke gode nok tjenester til hjemmeboende brukere med demenssykdom.
- Ikke trygg nok legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling.
- For lite fokus på ernæringsproblemer hos eldre.
- For lite tverrfaglighet i sykehjemmenes rehabilitering.
- Mangelfull saksbehandling ved søknader om avlastning.
- Uanmeldt tilsyn: Låste dører og begrenset bevegelsesfrihet for beboere i sykehjem.
- Tjenestene må styres – personellet må ikke overlates til seg selv.
- Regelverk og anbefalinger ikke godt nok kjent og etterlevd.

Kilde: Statens helsetilsyn: Tilsyn med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre i 2011

2.6.2 Innbyggerundersøkelsen 2013

Innbyggerundersøkelsen 2013, Difi rapport 2013:7, består av en innbyggerdel og en brukerdel. Innbyggerdelen besvares av innbyggere både med og uten brukererfaring, mens brukerdelen kun besvares av dem med brukererfaring. Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har sammenlignet svarene fra disse to delene, og sett at brukerne av helse- og omsorgstjenestene jevnt over er mer fornøyde enn det innbyggerne generelt er. Det gjelder for hele 16 av de 23 tjenestene. Utslagene er til dels store, særlig for omsorgstjenestene hvor brukerne er klart mer fornøyd enn det inntrykket til innbyggerne tilsier.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har langt mer fornøyde brukere enn innbyggernes oppfatninger skulle tilsi (jf. innbyggerdelen av innbyggerundersøkelsen 2013). I møte med brukerne får tjenestene jevnt over høye skårer. Spesielt fastlegene får svært gode tilbakemeldinger, men også omsorgstjenestene får på flere områder gode skussmål.

Undersøkelsen innbefatter også flere spørsmål som går på kvaliteten på en rekke helse- og omsorgstjenester. Jevnt over skårer alle tjenestene bedre i 2013 enn i 2010. Endringene er ikke så store, men viktige. Det er bare for hjemmehjelp skåren er uforandret. Tilgangen på sykehjemsplasser er det spørsmålet i 2013 som får lavest skår av de omsorgsrelaterte spørsmålene med en skår tilsvarende nøytral eller dårlig. Den lave skåren viser at innbyggerne ikke er fornøyde. Alle andre tjenester får en skår som indikerer at innbyggerne er delvis fornøyde.

3 Dagens rettstilstand

3.1 Innledning

Det er en overordnet målsetting for helse- og omsorgstjenestene at 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. Regelverket skal også gi rettssikkerhet til pasienter og brukere, det vil si at den enkelte lett skal kunne sette seg inn i hva kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og en klagegang som sikrer at den enkeltes rettigheter blir ivaretatt.

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.

3.2 Kommunens ansvar og plikter – heldøgns tjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester. Det sentrale er at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammene skal tilby et forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud.

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, der det fremgår at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med private, jf. loven § 3-1. Hva som ligger i kravet "nødvendige" tjenester må sees i sammenheng med kravet til forsvarlige tjenester, hvilket betyr at tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Forsvarlighetskravet fremgår av loven § 4-1. For helsepersonell følger kravet av helsepersonelloven § 4. Når det gjelder omfanget og nivået på tjenesten, må denne dimensjoneres ut fra en konkret vurdering av den hjelpetrequendes behov ut fra en helse- og sosialfaglig vurdering. Dette betyr at kommunen må foreta en

individuell vurdering av den enkeltes behov, og på den bakgrunn tilpasse et forsvarlig tjenestetilbud. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 bidrar til en ytterligere utdyping av kravet til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» ved å angi de tjenestene kommunen som et minimum plikter å sørge for. Av bestemmelsens første ledd nr. 6 fremgår det at kommunen skal tilby helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon, herunder sykehjemsplass og avlastning.

Selv om det ikke går klart frem av loven, omfatter kommunens plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester også heldøgns tjenester dersom dette er nødvendig. Dersom plass på sykehjem er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, har kommunen plikt til å tilby sykehjemsplass.

Heldøgns helse- og omsorgstjenester er ikke definert i dagens regelverk. I praksis er det lagt til grunn at kommunene yter heldøgns tjenester både i institusjon og i pasientens eller brukerens eget hjem. Plass i institusjon, herunder sykehjem, regnes alltid som et heldøgns tilbud, selv om det i liten grad er nærmere presisert hva tjenestetilbudet skal omfatte. Se kapittel 3.6 om regulering av tjenester i sykehjem og egne boliger.

For å 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, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. For å kunne ivareta planleggingsansvar må kommunen for eksempel til enhver tid kjenne til hvor mange som venter på plass i sykehjem eller opphold i omsorgsbolig. Kommunens plikt til internkontroll er utdypet i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

3.3 Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjemsplass

Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen de oppholder seg i, jf. loven § 2-1a.

I forarbeidene til loven, Prop. 91 L (2010-2011) punkt 29.5.2, er det presisert at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd 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 også uttalt at det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå, og at omfang og nivå på hjelpen må bestemmes etter en konkret vurdering. Videre er det presisert:

” 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 minstandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. (...)

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 (...),

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 tjenestemottakernes 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 (...) 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.”

Selv om det ikke går klart frem av loven, omfatter altså rettigheten også rett til heldøgns tjenester dersom dette er nødvendig. Dersom plass på sykehjem er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, har pasienten rett til sykehjemsplass. I disse tilfellene må pasienten tildeles plass og kan ikke settes på venteliste.

Kommunen kan i noen tilfeller vurdere at sykehjemsplass vil være det ideelle tjenestetilbudet for en pasient, selv om forsvarlige tjenester kan ytes i pasientens hjem. Da det kan være knapphet på sykehjemsplasser velger enkelte kommuner å føre opp disse pasientene på venteliste til sykehjemsplass, se punkt 2.5.2. I disse tilfellene har pasienten krav på nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i ventetiden.

Ved søknad om helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjemsplass i kommunen har pasient og bruker rettigheter under saksbehandlingen, som for eksempel rett på informasjon og medvirkning, se om dette i punkt 3.4.

3.4 Krav til saksbehandlingen ved søknad om sykehjemsplass eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i forvaltningssaker og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med den offentlige forvaltning. I helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 fremgår det at forvaltningsloven gjelder for kommunens virksomhet, men at særlige bestemmelser kan følge av helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Unntakene fra forvaltningsloven er begrunnet i at helse- og omsorgslovgivningen har særlige regler som sikrer at pasientenes og brukernes interesser blir ivaretatt når det gjelder blant annet informasjon, medvirkning og rett til å klage.

Ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipper vil også gjelde for saksbehandlingen og innholdet i avgjørelse om helse- og omsorgstjenester. Prinsippene skal blant annet hindre vilkårlige og sterkt urimelige avgjørelser samt usaklig forskjellsbehandling.

Tildeling av helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, avlastning og sykehjemsplass som forventes å vare lenger enn to uker skal treffes ved *enkeltvedtak*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd. Krav til enkeltvedtak følger av forvaltningsloven kapittel V. Der fremgår det at enkeltvedtak som hovedregel skal være skriftlige (§ 23), og at de skal begrunnes (§ 24). Dersom den som har søkt om tjenester fullt ut har fått innvilget det vedkommende har søkt om er det ikke nødvendig å begrunne vedtaket, jf. loven § 24 andre ledd.

Når en søknad eller et hjelpebehov meldes på annen måte til kommunen har kommunen *opplysnings-, veilednings- og informasjonsplikt*. Dette følger av forvaltningsloven § 11 og § 17. I tillegg gir pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 regler om pasientens eller brukerens rett til informasjon. Brukeren skal bl.a. ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

God og grundig kartlegging av behovet for hjelp er en forutsetning for at tjenestetilbudet på best mulig måte skal kunne dekke det faktiske behovet. Den enkeltes evne og mulighet til selv å ivareta sin helse eller sosial aktivitet skal danne utgangspunkt for kartlegging av hjelpebehovet. Forvaltningsloven § 17 gir regler om forvaltningsorganets *utredningsplikt*. Etter bestemmelsen skal kommunen påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Helse- og omsorgstjenester som kommunen tilbyr etter helse- og omsorgstjenesteloven skal være forsvarlige, jf. loven § 4-1. Kommunens utredning av brukerens hjelpebehov og innhenting av opplysninger fra andre må etter dette være tilstrekkelig til å kunne gi tjenester som tilfredsstillende *forsvarlighetskravet*. Kommunene er pålagt å bruke IPLOS som en del av saksbehandlingen. IPLOS er et lovbestemt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. I IPLOS registreres brukerens behov for bistand, assistanse og helsehjelp. Ved søknad om heldøgns tjenester i sykehjem eller omsorgsbolig vil kommunen i de fleste tilfelle kreve en uttalelse fra søkers fastlege med funksjonsbeskrivelse og vurdering av hjelpebehov samt nødvendig medisinsk dokumentasjon. Behandlende leges vurderinger/erklæring/epikrise etc. skal vektlegges i den helse- og omsorgsfaglige vurderingen som kommunen foretar og være en del av beslutningsgrunnlaget.

Ved behov for helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, avlastningstiltak og plass i sykehjem gir pasient- og brukerrettighetsloven pasienten og brukeren en *rett til å medvirke* ved utformingen av tjenestetilbudet. Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd at slikt tjenestetilbud så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient og bruker. Videre skal det legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet. Kommunen må sikre slik brukermedvirkning i saksbehandlingen og hele prosessen frem til et tjenestetilbud er på

plass. Pasient- og bruker har også rett til å medvirke ved gjennomføringen av tjenestetilbudet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd.

Tildeling av omsorgsbolig eller annen kommunal disponert bolig vil være tildeling av et velferdsgode det er knapphet på i de fleste kommuner og er i forvaltningsrettslig forstand et enkeltvedtak. Tildeling av slik bolig skal derfor følge reglene i forvaltningsloven, herunder også reglene for enkeltvedtak. Tildeling av helse- og omsorgstjenester treffes som oftest i eget vedtak.

Saksbehandlingstid. Etter forvaltningsloven § 11a skal forvaltningsorganet forberede og avgjøre søknad om helse- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold. Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en søknaden kan besvares, skal kommunen i løpet av en måned gi et foreløpig svar. I svaret skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og så vidt mulig angis når svar kan ventes.

Pasient og bruker som har søkt sykehjemsplass har rett på nødvendig helse- og omsorgstjenester under saksbehandlingstiden og i ventetiden dersom det treffes vedtak om sykehjemsplass og pasienten/brukeren må vente på ledig plass.

3.5 Klage og tilsyn

Vedtak om helse- og omsorgstjenester, herunder avslag på søknad, etter helse- og omsorgstjenesteloven kan påklages til fylkesmannen etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, se § 7-1. Det følger av loven § 7-2 at pasienten eller brukeren kan be tilsynsmyndigheten om en vurdering dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven eller helse- og omsorgstjenesteloven er brutt til ulempe for seg.

Enkeltvedtak om kommunal bolig kan påklages til kommunen. Tilvisning av den konkrete boligen kan som hovedregel ikke påklages.

3.6 Regulering av tjenester i sykehjem og egen bolig

Det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer sitt helse- og omsorgstjenestetilbud både når det gjelder innhold i tjenestene og hvor tjenestene ytes, se kapittel 2. Tjenestene kan ytes i institusjon, herunder sykehjem, eller i eget hjem. Rettslig regnes helse- og omsorgstjenester tildelt i omsorgsboliger og andre kommunalt tildelte boliger som tjenester tildelt i eget hjem. Skillet i og utenfor institusjon har rettslig betydning i flere sammenhenger.

Tjenester i institusjon, herunder sykehjem

Følgende tjenestetilbud regnes som kommunal helse- og omsorgsinstitusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven: barneboliger, kommunale rusinstitusjoner, aldershjem, sykehjem og døgnplasser for øyeblikkelig hjelp, jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon.

Det er stilt få krav til tjenestetilbudet i sykehjem. Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg er fra 1989, og er i liten grad endret siden da. Det fremgår av

forskriften at boformer etter forskriften skal gi heldøgns opphold. I tillegg er det blant annet stilt krav om at det i tilknytning til oppholdet skal være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste.

Det skal treffes vedtak om plass i institusjon som forventes å vare lenger enn to uker, se pasient- og brukerrettighetstjenesteloven § 2-7, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Tjenestene følger forutsetningsvis av vedtaket.

Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester har særskilte regler for tjenester i institusjon, jf. forskriften kapittel 1. Reglene om egenbetaling er omtalt i punkt 2.3.

Tjenester i hjemmet, herunder omsorgsbolig og andre kommunalt tildelte boliger

Det er ikke gitt rettslig definisjon av omsorgsboliger eller andre kommunalt tildelte boliger. Slike boliger regnes rettslig som beboerens eget hjem. Leieforholdet reguleres av husleieloven og leieavtale. Helse- og omsorgstjenester tildeles på samme måte som til tjenestemottakere som bor i sitt eget hjem.

Helse- og omsorgstjenester i hjemmet som er forventet å vare lenger enn to uker skal treffes ved enkeltvedtak, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester har særskilte regler for tjenester utenfor institusjon, jf. forskriften kapittel 2. Reglene er omtalt i punkt 2.3.

4 Departementets vurderinger og forslag

4.1 Innledning

Regjeringen mener det er behov for å bedre rettsstillingen for personer som har behov for opphold i sykehjem eller tilsvarende boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Helse- og omsorsdepartementet foreslår derfor at retten til slike tjenester presiseres i pasient- og brukerrettighetsloven, se punkt 4.3.

Regjeringen vil innføre nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Inntil slike kriterier foreligger foreslår departementet å lovfeste krav for kommunene til å fastsette kommunale kriterier for å bli vurdert for langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig. Kriteriene skal fastsettes ut fra lokale behov og tjenestetilbud, se punktene 4.4.3 og 4.5.

Kommunene skal ha oversikt over hvilke personer som venter på langtidsplass i kommunen. Det varierer imidlertid i hvilken grad kommunene har systematisert dette og i hvilken grad det er gjort kjent for brukerne. Regjeringen foreslår at dette blir regulert på en mer ensartet måte ved at kommunene pålegges å føre ventelister over personer som venter på langtidsplass, se punkt 4.5.4.

4.2 Generelt om rettighetsfesting i helse- og omsorgslovgivningen

I helse- og omsorgslovgivningen skilles det mellom regler som pålegger kommunene eller helseforetakene ansvar og plikter, og regler som gir den enkelte pasient og bruker rettigheter. Begge settene med regler har som formål å sikre nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. I pasient- og brukerrettighetsloven, hvor en stor del av pasient- og brukerrettighetene er samlet, finnes både prosessuelle og materielle regler.

Når det gjelder den enkelte pasient eller brukers rettigheter, kan det generelt trekkes et skille mellom materielle og prosessuelle rettigheter. Det som kjennetegner en prosessuell pasient- og brukerrettighet er at den har som hovedformål å styrke pasienter og brukeres rettssikkerhet. Prosessuelle regler er regler om saksbehandling i relativt vid forstand. Det er regler om hvordan avgjørelser skal treffes, hvem som har kompetanse til å treffe avgjørelser osv. I pasient- og brukerrettighetsloven er en stor del av lovbestemmelsene prosessuelle regler, for eksempel retten til informasjon, retten til medvirkning og retten til å samtykke til helsehjelp.

Materielle pasient- og brukerrettigheter kjennetegnes ved at de gir rett til ulike former for helse- og omsorgstjenester. I pasient- og brukerrettighetsloven er det i utgangspunktet kapittel 2 som inneholder de materielle rettighetene. Det kan for eksempel vises til pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 a andre ledd som gir pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dersom en person oppfyller vilkårene som gir en rettighet, kan han eller hun ta rettslige skritt for å få denne oppfylt. Dette i motsetning til pliktbestemmelser som retter seg mot det offentlige, men som ikke direkte motsvares av en individuell rettighet for den enkelte.

Rettighetsfesting skal bidra til å styrke pasienters og brukeres rettssikkerhet, og sikre den enkeltes mulighet til å få gjennomført sine rettigheter. I juridisk sammenheng er det vanlig å knytte en rettighet til en form for sanksjon eller håndhevelse. Det gir en pasient/bruker som opplever at han eller hun ikke får oppfylt sin rettighet, mulighet til å ta rettslige skritt for å få den oppfylt, for eksempel ved å klage til Fylkesmannen. Det følger av pasient- og brukerrettighetslovens § 7-2 at 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. Dersom saken ikke fører frem etter klage til Fylkesmannen, kan vedkommende pasient eller bruker ta saken inn for domstolen. Det er gjennom klage- og domstolsbehandling at pasienten eller brukeren kan anvende rettighetene som et grunnlag for å oppnå det helse- og omsorgstilbudet som vedkommende mener å ha krav på (hvis kommunen ikke frivillig innfrir). Rettighetsfesting bidrar på denne måten til større trygghet og forutsigbarhet for den enkelte, og reduserer risikoen for vilkårlig forskjellsbehandling.

Hvordan rettigheten er utformet vil ha innvirkning på hvor ”sterk” eller ”svak” rettigheten vil være sett ut i fra et pasient- og brukerperspektiv. En rettighet som gir en pasient eller bruker et rettskrav dersom et objektivt og lett målbart vilkår er oppfylt, vil være naturlig å

anse som en sterk rettighet. En rettighet som er utformet mer generelt og hvor det kreves for eksempel en medisinsk kompetanse for å avgjøre om vilkårene i rettighetene er oppfylt, vil fra et pasientperspektiv være å anse som en svakere rettighet.

Spørsmålet om innføring av rettigheter må også vurderes ut fra et bredere perspektiv hvor blant annet hensynet til likeverdige tjenester, ressurser og prioritering tas inn. Rettigheter som er utformet med klare og lett målbare vilkår kan ha utfordrende sider ved seg. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har et helhetlig ansvar for å yte tjenester til hele befolkningen. Rettigheter for en gruppe av pasienter og brukere kan medføre en vridningseffekt som kan medføre færre valgmuligheter og et dårligere tjenestetilbud til andre grupper brukere og pasienter. Det er til enhver tid en utvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som følge av blant annet nye brukergrupper og faglig og teknologisk utvikling. Det tilsier at rettighetsbestemmelser bør utformes slik at vilkårene er generelle nok til å ta høyde for den utviklingen som skjer, selv om bestemmelsen fra et pasient- og brukerperspektiv kan fremstå noe svakere.

Det er med andre ord mange avveininger og vurderinger som må gjøres når det er tale om å innføre nye pasient- og brukerrettigheter. Det er ikke nødvendigvis slik at pasient- og brukerrettigheter som i utgangspunktet sett fra en gruppe pasienters og brukeres perspektiv oppfattes som sterke, bidrar til et godt, forsvarlig og likeverdig tjenestetilbud for kommunens pasienter og brukere samlet sett. En rettighet til et bestemt kommunalt tjenestetilbud bidrar heller ikke nødvendigvis til en best og mest effektiv bruk av kommunens ressurser.

4.3 Retten til sykehjemsplass og opphold i tilsvarende bolig presiseres i lov

Rettighet for pasient og bruker

Som det er gjort rede for under kapittel 3, har pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen de oppholder seg i etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a. Selv om det ikke går klart frem av lovteksten, er det sikker fortolkning av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a at retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen kan omfatte rett til heldøgns tjenester. Dersom heldøgns tilbud med opphold i sykehjem eller bolig særskilt tilrettelagt for slikt tilbud er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, har pasienten rett til dette tilbudet.

Enkelte brukere og pårørende opplever ikke at det foreligger en slik rett i dagens regelverk. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er det derfor behov for å tydeliggjøre den enkelte brukers og pasients rett til sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig i lov. Departementet foreslår derfor følgende nye bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e:

"Pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering

er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. "

Forsvarlighetskravet er grunnleggende i helselovgivningen og favner vidt. Det omfatter både helsefaglige vurderinger, herunder medisinske, og omsorgsfaglige vurderinger. Plikten for kommunen til å sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. For helsepersonell følger kravet av helsepersonelloven § 4. Når det gjelder omfanget og nivået på tjenesten, må dette dimensjoneres og utformes ut fra en konkret helse- og omsorgsfaglig vurdering av den hjelpetrequendes behov. Dette betyr at kommunen må foreta en individuell vurdering av den enkeltes behov, og på den bakgrunn tilpasse et forsvarlig tjenestetilbud. I utformingen av tjenestetilbudet skal det etter loven legges stor vekt på hva brukeren mener.

I helhetsvurderingen vil blant annet følgende elementer normalt inngå:

- brukerens/pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov
- medisinske vurderinger og diagnoser
- prognoser mht. hjelpebehov, diagnoser oa.
- pasientens/brukerens ønsker
- tjenestetilbudet kommunen for øvrig kan tilby, herunder bl.a. hjemmetjenester og teknologi
- hvor pasienten/brukeren bor og muligheten for å tilpasse boligen
- pasientens/brukerens hjemmesituasjon, herunder pårørendesituasjon og annet nettverk.

Behandlende leges vurderinger/erklæring/epikrise etc. skal vektlegges i den helse- og omsorgsfaglige vurderingen som kommunen foretar og være en del av beslutningsgrunnlaget.

Elementene ovenfor vil være sentrale også når den enkelte kommune skal fastsette kommunale kriterier, se punkt 4.5.2. Vektingen av elementene vil avgjøre om pasienten omfattes av basisrettigheten, jf. dagens rettighet som er foreslått presisert, og dermed ha rett til opphold i sykehjem/tilsvarende bolig, eller om det vil være hensiktsmessig og forsvarlig å sette vedkommende på venteliste samtidig som det gis tilbud om for eksempel hjemmesykepleie.

Rettigheten gjelder både korttidsopphold og langtidstilbud.

Det nærmere innhold i denne rettigheten vil ha nær sammenheng med innretningen av den enkelte kommunes tjenestetilbud. Alle pasienter og brukere har rett på nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, men kommunene vil kunne tilby dette på forskjellige måter. Noen kommuner har forholdsmessig mange sykehjemsplasser og tilsvarende mindre hjemmebaserte tjenester. I andre kommuner kan denne fordelingen være motsatt. Det varierer også i hvilken grad kommunene har satset på utbygging av heldøgns tilbud i sykehjem eller i særskilte tilrettelagte boliger, se om dagens helse- og omsorgstjenester i kommunene i kapittel 3.

For å avgrense hvilke boliger det her siktes til brukes begrepet *tilsvarende bolig*. Med dette menes boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester og som er tilpasset personer med funksjons- og kognitiv svikt, se under kapittel 2.

Regulering av kommunens ansvar

Retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven korresponderer med kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 til å sørge for slike tjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Ansvarer omfatter også en plikt for kommunen til å sørge for heldøgns tjenester dersom dette er nødvendig, herunder plass i sykehjem eller opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette er eneste forsvarlige tilbud for en pasient eller bruker. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering bør dette komme tydeligere frem også i lovreguleringen av kommunens plikter. Departementet foreslår derfor følgende presisering i ny § 3-2a i helse- og omsorgstjenesteloven:

"Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester."

Dersom kommunen på bakgrunn av en samlet vurdering av kommunens tilbud og en konkret helse- og omsorgsfaglig vurdering av pasientens/brukerens behov kommer til at sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester er det eneste forsvarlige tilbudet for en pasient eller bruker, må vedkommende tildeles plass og kan ikke settes på venteliste. Behandlende leges vurderinger/erklæring/epikrise etc. skal vektlegges i den helse- og omsorgsfaglige vurderingen som kommunen foretar og være en del av beslutningsgrunnlaget.

Departementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven er en presisering og tydeliggjøring av gjeldende rett. Gjeldende rett er nærmere beskrevet i kapittel 3.

4.4 Fastsettelse av kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

4.4.1 Innledning

Kriterier for tildeling av sykehjemsplass eller tilsvarende bolig kan utformes på ulike måter. Et hovedskille går mellom å fastsette objektive vilkår og skjønsmessige kriterier. Et lovbestemt objektivt vilkår innebærer at en omfattes av rettigheten når det lovbestemte vilkåret er oppfylt. Slikt objektivt vilkår kan for eksempel være alder på 80 år. Ved skjønsmessige kriterier må det foretas en konkret vurdering i det enkelte tilfellet og hvor vektningen av kriteriene kan variere ut fra for eksempel pasientens/brukerens hjelpebehov, diagnose, boligforhold, nettverk etc.

4.4.2 Objektive vilkår

Departementet foreslår ikke å supplere den materielle retten til sykehjemsplass og tilsvarende bolig med enkelte objektive vilkår. Pasienter og brukere som tilfredsstillt nærmere angitte vilkår ville etter en slik modell i så fall ha rett til å få plass i institusjon eller tilrettelagt bolig uavhengig av et faglig skjønn. Objektive kriterier kan for eksempel være knyttet til alder (eks. over 67 eller 80 år) eller diagnosen demens. Fordelen med en slik modell er at det gir mer forutsigbarhet for brukere som oppfyller de objektive kriteriene og som dermed faller inn under rettigheten. Kommunen må da sørge for heldøgnsstilbud i sykehjem og tilrettelagte boliger i et omfang som tilsvarer at alle som oppfyller inngangskriteriet kan få rettigheten oppfylt.

En slik løsning vil imidlertid kunne medføre en vridningseffekt på kommunenes heldøgns tjenestetilbud i form av økt satsing på heldøgns tjenestetilbud i institusjon og kommunale botilbud på bekostning av tilbud tilpasset brukere med stort hjelpebehov som ønsker tjenester i eget hjem. Skal en unngå en slik vridningseffekt og sikre brukere valgfrihet med hensyn til hvor heldøgns tjenester skal ytes, herunder kunne bo hjemme så lenge som mulig, må kommunen dimensjonere for begge former for tjenester, dvs. bygge opp en overkapasitet for å ta høyde for dette. Dette er ikke ønskelig ut fra et samfunnsøkonomisk synspunkt. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår derfor ikke at den materielle retten til sykehjemsplass suppleres gjennom mer objektive vilkår.

4.4.3 Nasjonale kriterier

Regjeringen mener det er behov for nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Slike kriterier vil kunne bidra til økt kvalitet og mer likeverdige tjenester. Regjeringen er i ferd med å igangsette et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten. En del av forsøket innebærer at Helsedirektoratet skal utvikle nasjonale tildelingskriterier. Gjennom forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenesten får en også prøvd ut nasjonale kriterier for inntak til heldøgns pleie og omsorg i flere kommuner. Forsøksordningen skal evalueres. Erfaringene fra forsøksordningen vil uavhengig av erfaringene med statlig finansiering være et viktig grunnlag for å utarbeide nasjonale kriterier som skal gjelde for alle kommunene.

Forskriftshjemmelen for nasjonale kriterier er foreslått utformet slik:

"Kongen gir i forskrift bestemmelser om kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester."

4.4.4 Kommunale kriterier

Inntil nasjonale kriterier er på plass, foreslår Helse- og omsorgsdepartementet at kommunene pålegges å gi forskrifter med kriterier for langtidsplass i egen kommune og å føre ventelister over personer som fyller kriteriene og venter på plass. Kommunene har ansvaret for å sørge for kommunale helse- og omsorgstjenester. De må etter forslaget være tydelige overfor egne innbyggere på hvilke tjenester som kan forventes i egen kommune. For å gi pasienten og brukeren trygghet og forutsigbarhet for at vedkommendes behov er

sett og at et kommunalt tilbud om sykehjemsplass eller tilsvarende bolig er der når behovet oppstår, foreslår departementet en rett til vedtak om å stå på venteliste etter kommunale kriterier. Se mer om dette under punkt 4.5.

4.5 Nærmere om rett til vedtak etter kommunale kriterier fastsatt i forskrift - ventelister

4.5.1 Innledning

Også pasienter og brukere som ikke har en umiddelbar rett på opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, fordi dette ikke vil være det eneste forsvarlige tilbudet jf. 4.3, vil kunne oppfylle kommunale kriterier for tildeling av langtidsopphold. For denne gruppen varierer praksisen i kommunene i dag når det gjelder hvilkken type vedtak de får. Dette kan skape usikkerhet og konflikt. Dette gjelder særlig personer hvor utviklingen av helsetilstanden og helse- og omsorgstjenestebehovet tilsier at vedkommende vil være best tjent med en langtidsplass i sykehjem eller tilsvarende bolig, men som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av slik plass. Denne gruppen har behov for bedre trygghet og forutsigbarhet med hensyn til hvilket tjenestetilbud de kan forvente å motta fra kommunen fremover.

Etter departementets vurdering bør regelverket endres slik at også pasienter og brukere som kvalifiserer for langtidsplass i kommunen får rett til vedtak om dette. Kommunene må etter dette, og på bakgrunn av kommunens helhetlige tilbud, utarbeide kriterier for langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig i egen kommune. For å sikre en ensartet oversikt over personer som har fått vedtak om at de kvalifiserer for langtidsplass i kommunene, men som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av plass, foreslår departementet at kommunene pålegges å føre ventelister.

Departementets forslag vil gi pasienter, brukere og pårørende større trygghet for at behovet for langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig er sett og vil bli ivarettatt av kommunen.

4.5.2 Plikt for kommunen til å utarbeide kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnsopphold

Selv om pasienten kan klare seg hjemme med forsvarlige tjenester i en periode, er det viktig for bruker og pårørende å oppleve trygghet for at den enkeltes behov fremover er registrert og vurdert, og at dette vil bli fulgt opp videre av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å gi den enkelte innbygger forutsigbarhet i hva vedkommende kan forvente av tjenester, bør det utarbeides kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem og opphold i tilsvarende bolig. For å sikre den nevnte forutsigbarhet må disse kriteriene gjøres tilgjengelige for brukerne.

Kommunale kriterier

Forslaget bygger på dagens ansvarsdeling der kommunene har det helhetlige ansvaret for helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Kriteriene for tildeling av sykehjemsplass og opphold i tilsvarende bolig skal utarbeides av kommunene slik at den enkelte kommune kan ta hensyn til lokale forhold og behov, samt det tjenestetilbudet kommunen har tilgjengelig. Kriteriene vil derfor variere noe avhengig av hvordan kommunen har innrettet sine tjenester.

Departementet foreslår at kommunenes plikt til å utarbeide forskrifter med kommunale kriterier reguleres på følgende måte:

"Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester."

På sikt vil departementet fastsette nasjonale kriterier for tildeling av sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, se punkt 4.4.3. I høringsnotatet foreslås det derfor nå å innta hjemmel til å fastsette slike nasjonale kriterier ved forskrift. Regjeringen er i ferd med å igangsette et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. En del av forsøket innebærer at det skal utvikles nasjonale tildelingskriterier. Kriteriene skal utarbeides av Helsedirektoratet og kan, dersom ønskelig, danne grunnlag for utarbeiding av de kommunale kriteriene.

Nærmere om plikten til å fastsette kommunale kriterier gjennom forskrift

Etter departementets forslag skal kommunen på bakgrunn av kommunenes helhetlige tilbud utarbeide kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig i egen kommune. Kriteriene bør også omfatte personer som etter kommunens vurdering er best tjent med et slikt tilbud, men som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av plass.

Det samlede tjenestetilbudet i kommunen vil være av betydning for hvordan den enkelte kommune utformer sine kriterier. Dette vil kunne medføre ulike kriterier i kommunene. Kommuner som har lagt forholdene til rette for at pasientene skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, og hvor hjemmetjenesten har kort responstid og god faglig kvalitet, vil kunne ha høyere terskel for sykehjemsinleggelse enn andre kommuner. Flere kommuner satser på heldøgnsstilbud i særskilte tilrettede boliger som supplement eller alternativer til heldøgnsstilbud i sykehjem.

Kriteriene kan ikke utformes på en slik måte at kommunen innsnevrer den enkelte pasients/brukers rett til til sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig etter gjeldende rett som er foreslått presisert i ny § 2-1e i pasient- og brukerrettighetsloven, se punkt 4.3.

Kriteriene for langtidsopphold kan settes sammen ut fra ulike variabler. Eksempler på kriterier er gitt i kapittel 3. Se også punkt 4.3 hvor det gis eksempler på ulike elementer som normalt vil inngå i den helhetsvurdering som må foretas som følge av forsvarlighetskravet. Som nevnt ovenfor kan kommunene velge å basere sine kriterier på de nasjonale kriteriene som vil bli utarbeidet av Helsedirektoratet som en del av Regjeringens forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Etter forslaget omfatter kriteriene både langtidsplass i sykehjem og i *tilsvarende bolig* særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Med tilsvarende bolig menes boliger særskilt tilpasset personer med funksjons- og kognitiv svikt, se punkt 2.2.2.

Plikten til å utarbeide kommunale kriterier avgrenses til *langtidsplass/-opphold*, da korttidsopphold på sykehjem i mange tilfeller har andre formål og begrunnelser enn langtidsopphold. Dette gjelder også for avlastnings- og rehabiliteringsopphold. Med langtidsopphold menes opphold uten sluttdato/tidsbegrenset opphold. Dette vil omfatte tilfeller der pasientens/brukerens helsetilstand og behov for helse- og omsorgstjenester gjør at det ikke er sannsynlig at vedkommende vil flytte hjem eller til lavere grad av helse- og omsorgstjenestetilbud.

I utgangspunktet vil de kommunale kriteriene omfatte alle brukergrupper. Kriteriene omfatter langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for personer med funksjon- og kognitiv svikt. Langtidsplass i sykehjem er imidlertid oftest et tjenestetilbud beregnet på eldre pasienter. Regelforslaget vil derfor i hovedsak være innrettet mot eldre pasienter og brukere.

Departementet antar kommunens kriterier for korttidsplass langt på vei vil være de samme fra kommune til kommune, men at det er vekten av kriteriene som avgjør om pasient/bruker tildeles langtids- eller korttidsopphold. Kommunene står fritt med hensyn til om kriteriene som skal fastsettes også skal omfatte korttidsplasser.

Kriteriene/forskriften skal også regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter og brukere som er best tjent med langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig men som settes på venteliste i påvente av plass. Kommunen kan for eksempel vurdere om det skal bli en del av kommunens rutiner at personer som venter på plass skal revurderes med et fast tidsintervall (under forutsetning om at dette er forsvarlig i det enkelte tilfellet).

Forskrift

De kommunale kriteriene vil gjelde rettigheter for kommunens innbyggere og skal derfor fastsettes gjennom forskrift, jf. forvaltningsloven § 2 bokstav c. Ved fastsettelse av forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester må kommunen følge kravene om forskrifter i forvaltningsloven kapittel VII. Bestemmelsene i forvaltningsloven gir regler om utredningsplikt, forhåndsvarsling og uttalelse fra interesserte, jf. § 37. I loven § 38 er det gitt formkrav og krav til kunngjøring.

4.5.3 Rett til vedtak

Tildeling av sykehjemsplass og annet heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbud i hjemmet etter helse- og omsorgstjenesteloven som varer ut over to uker skal treffes ved enkeltvedtak, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

Plikten for kommunene til å utarbeide kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester vil omfatte brukere/pasienter som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av plass. Dette er

pasienter/brukere som etter dagens regelverk ikke har rett på vedtak om tildeling av langtidsplass.

For å gi den enkelte bruker og pasient forutsigbarhet og trygghet for at vedkommende er vurdert i forhold til kommunens kriterier for tildeling av langtidsopphold er det viktig at personer som oppfyller kommunens kriterier gis rett til vedtak om dette. Departementet foreslår at en slik rettighet tas inn i forslag til ny § 2-1e (andre ledd) i pasient- og brukerrettighetsloven på følgende måte:

"Pasient eller bruker som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, men som oppfyller kommunens kriterier for tildeling av langtidsopphold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a, har rett til vedtak om dette."

Det er foreslått presisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd at vedtak om en pasient eller bruker oppfyller kommunens kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem eller tilsvarende bolig, skal følge reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven med de særlige bestemmelsene som følger av pasient- og brukerrettighetsloven. Dersom pasienten ikke blir tildelt plass med en gang, men plasseres på venteliste, må kommunen tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester mens pasienten venter på plass.

Det vil være klageadgang på vedtaket etter kapittel 7 i pasient- og brukerrettighetsloven, se punkt 4.6 nedenfor.

Vedtaket innebærer ikke at vedkommende tildeles plass på vedtakstidspunktet. Kommunen må treffe nytt vedtak når konkret plass tildeles.

Bør det settes en frist for oppfyllelse av vedtak?

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert om det bør settes en frist for når søkere som settes på venteliste senest skal tildeles plass. Alternative måter å fastsette frist på kan være å sette en konkret frist i lov, eller å pålegge kommunene å fastsette en generell kommunal frist eller å fastsette en individuell frist basert på den enkelte søkers behov. Kommunene har uansett ansvar for at alle som har behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester, til enhver tid tilbys dette.

Kommunene må alltid vurdere hvem som har størst behov for langtidsplass. Det kan ikke settes frister som undergraver prinsippet om at den som trenger plassen mest, har fortrinnsrett. Uavhengig av om søker plasseres på venteliste eller ikke skal kommunen foreta en fortløpende vurdering av søkerens helsetilstand og funksjonsnivå for å fange opp eventuelle endringer i bistandsbehov. Dersom det settes en nasjonal generell frist kan det være en risiko for at tilbudet ikke blir revurdert ofte nok. Det bør etter dette være opp til den enkelte kommune å vurdere om det er behov for å sette frist for når søker senest skal tildeles plass.

Selv om det ikke er foreslått en frist i loven, anbefaler departementet at det likevel angis et tidspunkt for når plass kan påregnes. Hvor presist tidspunktet angis, beror på hvor langt frem i tid det kan påregnes en plass. Selv om tidspunktet som gis til pasienten ikke er rettslig bindende, skal tidspunktet være reelt.

4.5.4 Ventelister

Departementets forslag om plikt for kommunene til å utarbeide forskrift med kriterier for langtidsplass i sykehjem eller opphold i tilsvarende særskilt tilrettelagt bolig, vil omfatte pasienter og brukere som med annet forsvarlig tilbud fra kommunen kan bli boende hjemme i påvente av at langtidsplass blir ledig.

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at kommuner har utarbeidet oversikter over hvilke personer som venter på langtidsplass i kommunen. Det varierer imidlertid i hvilken grad kommunene har systematisert dette og i hvilken grad det er gjort kjent for brukerne. Etter departementets vurdering er det behov for at dette blir regulert på en mer ensartet måte. En praksis med å behandle søknad om sykehjemsplass umiddelbart og eventuelt sette pasienten på venteliste, er brukervennlig og i samsvar med forvaltningslovens bestemmelser om å forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Systemet gir videre en god oversikt over hvem som står på venteliste til de ulike sykehjemmene/botilbudene, hvilket også gir en god oversikt over hvilke heldøgns tjenester som har størst press. Modellen er altså brukervennlig, da den gir trygghet for at den enkeltes behov er sett, samtidig som den bidrar til å ivareta kommunens behov for oversikt og grunnlag for prioriteringer. Departementet foreslår derfor at kommunene pålegges å føre ventelister over personer som venter på langtidsplass, jf. forslaget § 3-2a tredje ledd.

Forslaget tydeliggjør kommunenes planleggingsansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven i denne sammenheng.

Departementet vil presisere at ventelister ikke innebærer et køsystem. Heldøgns plass skal alltid vurderes etter behovet til den enkelte og ikke etter den "plassen" pasienten har på en venteliste. Dette innebærer at senere plasserte pasienter på listen vil få plass først, dersom deres behov vurderes som større.

Det er viktig at behovet for helse- og omsorgstjenester vurderes kontinuerlig for personer som står på en venteliste. Helse- og omsorgsdepartementet vil presisere at kommunen fortsatt har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester i den perioden pasient eller bruker står på venteliste, på lik linje med andre som mottar hjemmetjenester.

Det er et mål at lokale ventelister skal rapporteres nasjonalt. Rapporteringen skal skje gjennom allerede etablerte ordninger, for eksempel KOSTRA.

4.6 Klage

Et avslag fra kommunen på søknad om sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig kan påklages til Fylkesmannen. Klageretten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. For klagen og behandlingen av denne gjelder reglene i lovens kapittel 7 og forvaltningslovens regler om klager over enkeltvedtak så langt de passer, se pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6.

En pasient/bruker kan i tillegg etter de samme reglene klage til Fylkesmannen på at vedkommende ikke har fått vedtak om at vedkommende fyller kommunens kriterier for

langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Dette vil i realiteten være en klage på at vedkommende ikke føres på kommunens venteliste for plass i sykehjem eller tilsvarende bolig. En løsning med kommunal klagebehandling er et mulig alternativ til Fylkesmannen.

Fylkesmannens kompetanse i disse sakene reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 første ledd andre punktum. Det vil si at Fylkesmannen har samme kompetanse til å prøve klage på rett til sykehjems plass (og opphold i tilsvarende bolig) og klage på rett til vedtak etter kommunens kriterier.

4.7 Ikraftredelse

I lovforslaget del II er det foreslått at loven skal gjelde fra den tid Kongen bestemmer, og at Kongen kan sette de enkelte bestemmelser i kraft til forskjellig tid. Kommunene må gi tid til å vedta kommunale forskrifter med kriterier for langtids plass i kommunen og på andre måter innrette seg etter lovkravene. Helse- og omsorgsdepartementet legger derfor opp til at kommunens plikter, herunder hjemmel til å gi forskrifter, skal tre i kraft før rettighetsbestemmelsen i forslag til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e trer i kraft. Målet er å få dette på plass i løpet av 2017.

Den foreslåtte forskriftshjemmelen for å gi nasjonale kriterier vil først bli satt i kraft etter at evalueringen av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenesten er gjennomført.

Forsøksordningen for statlig finansiering av omsorgstjenesten følgeevalueres. Forsøket avsluttes i 2019. Når det gjelder ikraftredelse foreligger det to alternativer. Det første er å innføre nasjonale kriterier etter dette. Alternativt, hvis det foreligger tilstrekkelig erfaringer med bruk av nasjonale kriterier før forsøksperiodens utløp, kan det være aktuelt å innføre nasjonale kriterier før dette. Departementet antar at det ikke er realistisk at det vil foreligge tilstrekkelig erfarings-/evalueringsgrunnlag før forsøksperioden er over, etter tre år. Etter departementets vurdering er det mest realistiske at nasjonale kriterier vil bli innført etter at forsøksordningen er avsluttet.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om å presisere gjeldende rett til sykehjems plass er tydeliggjøring av en plikt kommunene allerede har og vil derfor ikke kreve en utredning av økonomisk kompensasjon for kommunene. Det er imidlertid behov for flere plasser for at kommunene skal kunne oppfylle sine gjeldende forpliktelser og forberede seg på det behovet som kommer fremover. Regjeringen vil følge opp dette i de årlige budsjetter. Det vises for øvrig til at Regjeringen, gjennom budsjettene for 2014 og 2015, har forbedret den statlige tilskuddsordningen, lagt til rette for flere søknader om tilskudd fra kommunene, og lagt til rette for en vekst i kommunenes økonomiske handlingsrom. I 2014 så vi også at hele tilskuddsrammen for investeringstilskudd fra Husbanken ble utnyttet.

Kommunene har allerede i dag plikt til å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester til sine brukere, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Forslaget om presisering av gjeldende rett og forslaget om innføring av krav om en oversikt over de som venter på langtids plass

parallelt med at de får forsvarlige tjenester, vil følgelig ikke medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for kommunene. Tjenestemottakerne skal, etter forslaget ordlyd, fortsatt ha krav på nødvendige og forsvarlige tjenester etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering, uavhengig av hvorvidt vedkommende står på liste eller ikke. Det vil medføre noe ekstra administrativt arbeid å fastsette kommunale forskrifter om kriterier og administrere ventelistene.

Kommunene er forpliktet til å ha systemer for å fange opp søknader om helse- og omsorgstjenester og treffe vedtak om eventuell tildeling av tjenestene. I enkelte tilfeller skal det, etter forslaget ordlyd, for en tjenestemottaker treffes to vedtak istedenfor ett. Dette vil kunne medføre noe økt administrativt arbeid. Etter en samlet vurdering har imidlertid Helse- og omsorgsdepartementet kommet til at dette ikke medfører vesentlige kostnader som må kompenseres.

Regjeringen vil foreslå nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig i etterkant av evalueringen av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenesten, se punkt 4.4.3. Innretning av tjenestetilbudet til brukere av omsorgstjenestene varierer fra kommune til kommune, bla med bakgrunn i befolkningens tjenestebehov, befolkningssammensetningen, geografiske avstander i kommunen og personellet kompetanse. Hva som er forsvarlig og hensiktsmessig grunnlag for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, vil dermed kunne variere betydelig. Standardisering av slike tildelingskriterier vil derfor kunne ha økonomiske konsekvenser. Disse må utredes.

6 Forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven

Utkast til lovtekst:

I

Pasient- og brukerrettighetsloven

§ 2-1e Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Pasient eller bruker som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, men som oppfyller kriteriene for tildeling av langtidsopphold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a, har rett til vedtak om dette.

§ 2-7 andre ledd skal lyde:

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. *Tilsvarende gjelder for vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a.*

Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-2 a Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som ville vært best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen etter en helhetlig vurdering finner det forsvarlig at vedkommende kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. *[Kongen gir i forskrift bestemmelser om kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.] (Merknad: Vil ikke tre i kraft før forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenesten er evaluert, se punkt 4.4.3.)*

Kommunen skal føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold etter andre ledd.

II

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.

Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.