

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref: Vår ref: 10/57486 Arkivkode: Dato: 18.01.11

Høringsuttalelse - Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Vi viser til høringsbrev av 15.10.10 med høringsnotat – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Nedenfor følger Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir/direktoratet) høringsuttalelse. Vi har også mottatt høring om ny folkehelselov. Dette er to omfattende forslag og Bufdir har valgt å ha fokus på forslagene i høringssaken om ny helse- og omsorgslov som vi mener får størst betydning for våre ansvarsområder.

Oppsummering av direktoratets hørings svar

Bufdir støtter forslaget om en felles kommunal helse- og omsorgslov, harmonisert med annet lovverk. Det må tas høyde for nødvendige tilpasninger når helselovgivningen også skal omfatte tjenester etter sosialtjenesteloven.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets hørings svar vil i kraft av våre oppgaver ha et særlig fokus på konsekvenser av forslagene for barn- og unge samt mennesker med funksjonsnedsettelse. Direktoratet er videre enige med Statens råd for likestilling av funksjonshemmedes vurderinger mht. livsløpsperspektivet ikke er godt nok ivarettatt i forslagene.

Statlige spesialisthelsetjenester og kommunale sosial- og helsetjenester er viktige samarbeidspartnere for barnevernet både på kommunalt og statlig nivå. Det foreliggende forslag til ny lov omfatter ikke barnevern. Mange av forslagene har betydning direkte og indirekte for samhandlingen med barnevernet. Det er ikke bestemmelser i forslagene om ansvarsforhold og samhandling mellom barnevern, kommunale helse- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenester.

Vi støtter forslaget om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et ”sørge-for-ansvar”. Dette samsvarer med regulering av ansvar for spesialisthelsetjenesten.

Bufdir støtter Helse- og omsorgsdepartementet (departementet/HOD) 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.

Bufdir er enig med departementet i at den nye lovgivningen bør ivareta den enkelte brukers og pasients rettsikkerhet; 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 rettighetene skal oppfylles. Det at plikter og rettigheter er klart formulert og forståelige for kommuner, pasienter og brukere er også en forutsetning for at intensjonene med tilsynsarbeidet kan oppfylles.

Direktoratet er opptatt av at barn- og unge samt mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha rett til og tilgang til likeverdige og gode tiltak uansett hvor de bor i landet. Vi mener at retten til tiltak og kommunenes plikt til å ha ulike typer tiltak, minstestandarder for tiltak samt krav til innhold i tiltakene, ikke er godt nok ivaretatt i forslagene. Direktoratet mener utformingen av lovforslaget kan 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.

Bufdir mener det er nødvendig å gi kravet til forsvarlighet et nærmere innhold, og er uenig i departementets oppfatning av at forsvarlighetskravet er en betegnelse på en kvalitetsmessig minstenorm. Direktoratet er bekymret for at forslaget om profesjonsnøytralitet og manglende bestemmelser om krav til kompetanse kan svekke den faglige kvaliteten på tjenester.

Direktoratet stiller spørsmål ved om rettsikkerhetsgarantiene for brukerne kunne vært bedre ivaretatt også gjennom en bedre klageordning. Vårt syn er her sammenfallende med helsetilsynets høringssvar. Etter direktoratets oppfatning bør ikke hensynet til kommunalt selvstyre og muligheter for lokale tilpasninger gå på bekostning av disse rettighetene, pliktene og rettsikkerhetsgarantiene. Vi ser også en risiko for at de demokratiske organene i kommunene vil prioritere helse- og omsorgstjenester ulikt. Kommunene har allerede i dag krevende faglige oppgaver og det foreliggende lovforslaget tar sikte på å øke oppgavene både i omfang og kompleksitet. Vi ser her særlige utfordringer for de små kommunene.

Vi slutter oss til departementets vurdering av at det er viktig å holde tilsyn og klagesaksbehandling samlet. Dette vil bidra til å sikre en likartet normering både når det gjelder tilsyn og klagesaksbehandling.

Vi har merket oss de betydelige utfordringer som beskrives i samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsutfordringer finnes også mellom barnevern, kommunale helse- og sosialtjenester og statlige spesialisthelsetjenester. Dette gjelder særlig barn med sammensatte problemer som ofte krever samarbeid og samordning mellom kommunale helse- og sosialtjenester, statlige spesialisthelsetjenester og barnevern. 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 funksjonshemminger, 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. Noe av disse utfordringene vil kunne avhjelpes med at retten til å få tiltak og plikten til å ha tiltak og rettsikkerhetsgarantier blir tydeligere regulert i ny lov om kommunale helse- og sosialtjenester.

Det er etter direktoratets oppfatning også behov for å vurdere bedre samordning av bruk av ressurser og kompetanse på tiltak fra ulike tjenester til barn og ungdom med psykiske vansker, lidelser, psykiske utviklingshemminger og/eller alvorlig rusproblematikk. Dette er i noen grad behandlet i NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt – Bedre samordning av tjenester for utsatte barn

og unge. Barnevern, sosial- og helsetjenester samt spesialisthelsetjenester har ulike systemer for finansiering. Det er kommunene som treffer vedtak om helse- og omsorgstjenester og vedtak om barneverntiltak/eller forbereder saker for fylkesnemnda. Det er etter direktoratets oppfatning en risiko for at finansieringssystemet kan påvirke hvilke tjeneste som velges for tiltak. Etter direktoratets oppfatning kan det være behov for at samordning av finansieringssystemer også inkluderer barnevern så langt det er mulig.

Noen sentrale temaer

Livsløps- og livsfaseperspektiv

Behovet for helse- og omsorgstjenester vil være ulikt i ulike livsfaser. Direktoratet mener dette er for lite ivare tatt i høringsutkast og forslag til lovtekst.

Til forskjell fra eldre som har behov for pleie og omsorg mot slutten av livet, handler tjenester for funksjonshemmede og kronisk syke om et aktivt og godt liv gjennom et helt livsløp. Det bør derfor sikres at tjenestene som gis er forenelig med arbeid, studier eller faste daglige aktiviteter utenfor hjemmet. Etter direktoratets oppfatning kunne tiltak for funksjonshemmede med et livsløpsfokus hatt en mer fremtredende plass i lovforslaget. Et gjennomgående funn i forskningen på området er at det er særlig høy risiko for svikt ved overgangen mellom systemer, for eksempel fra helsetjenester for barn til helsetjenester for voksne, og at det er svikt i overføring av oppfølging, tjenester og hjelpemidler i overganger fra barnehage til skole, og videre fra grunnskole til videregående skole, høyere utdanning og til yrkesaktivitet.

Tiltak til barn og unge med kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse og deres familier burde være mer tydeliggjort i utredning og lovtekst. Fleksible ordninger som gir rom for å motta bistand der det er behov for det, er viktige for unge i forhold til muligheten for deltakelse i utdanning, arbeid og fritidsaktiviteter.

I familier der barn eller foreldre har en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom vil kvaliteten på tilbudet påvirke hele familiens livssituasjon. Tilbudet må derfor legges opp på en slik måte at både den personen som har tjenestebehov og øvrige familiemedlemmer kan ivareta sine forpliktelser mht skole, utdanning og yrkesaktivitet. Pårørende kan ofte være en viktig ressurs og ha sentral innsikt i både sykdomsforløp og hverdagsliv for pasienten, men skal ikke ivareta helsetjenestenes oppgaver. Tjenestemottakerens og familiens mulighet til å opprettholde utdanningsprogresjon og yrkestilknytning er vesentlig for disse personenes mulighet til senere selvforsørgelse ved eget arbeid.

Vi vil komme tilbake til disse temaene i kommentarer til lovteksten, bl.a. omtale av formålsparagraf og individuell plan.

Nærmere om samarbeid, samordning og ansvarsfordeling mellom kommunal helse- og sosialtjeneste, spesialisthelsetjeneste og barnevern

Direktoratet vil bemerke at det i flere saker oppstår uenighet mellom kommuner og statlig barnevern om oppgave-, ansvars- og utgiftsfordeling for tiltak til barn og ungdom med funksjonsnedsettelse. Vi har hatt slike saker med uenighet siden den nye barnevernloven kom i 1992. Disse sakene kan være svært arbeidskrevende både for staten og kommunene.

Uenigheten kan bestå i følgende:

- Om et funksjonshemmet barn eller en ungdom skal ha en institusjonsplass/bolig med heldøgns omsorgstjenester etter i sosiallovgivningen eller etter barnevernloven. Her vil det statlige barnevernet være bundet av kommunens eller fylkesnemndas vedtak.
- Rett og tilgang til helse- og omsorgstjenester for barn- og ungdom som er plassert etter barnevernloven
- Om utgiftsfordeling når et funksjonshemmet barn er plassert utenfor hjemmet i tiltak etter barnevernloven.

Om et funksjonshemmet barn eller en ungdom skal ha en institusjonsplass/bolig med heldøgns omsorgstjenester etter i sosiallovgivningen eller etter barnevernloven.

Direktoratet er opptatt av at familier med funksjonshemmede barn/ungdommer får hjelpetiltak, herunder rehabiliteringstjenester og habiliteringstjenester og avlastning, når de har behov for det, slik at barnet/ungdommen kan bo hjemme hos foreldrene så lenge det er ønskelig og mulig for familien. Direktoratet er også opptatt av at familier med funksjonshemmede barn må ha tilgang til tilbud om heldøgns omsorgstjenester utenfor hjemmet etter sosialtjenesteloven eller kommunehelsetjenesteloven dersom de har behov for dette og ønsker dette.

I et brev av 24.11.10 fra Barne-, familie- og inkluderingsdepartementet (BLD) (vedlegg 1) ga BLD og Helse- og omsorgsdepartementet avklaringer om grenseoppgang mellom lov om barnevernstjenester og lov om sosiale tjenester vedrørende tiltak for barn med sammensatt problematikk og behov for tjenester fra flere instanser/lovverk. Brevet var et svar på spørsmål fra en kommune. Spørsmålene fra kommunen knyttet seg i hovedsak til samarbeid omkring barn og unge under 18 år som på grunn av ulike former for nedsatt funksjonsnivå har behov for tjenester etter flere lovverk.

Kommunen reiste blant annet problemstillinger knyttet til bruk av barnebolig/avlastning versus statlig barnevernstiltak for barn med problemer knyttet til atferd som følge av psykisk lidelse eller utviklingshemming. Kommunen spurte om til hvilken målgruppe og i hvilket omfang departementene mener at kommunen skal utbygge barneboliger og ordninger med permanent avlastning for barn og unge med nedsatt funksjonsnivå, hvor foreldrene ikke makter å ivareta daglig omsorgen for barnet. Slik kommunen så det er kommunenes mandat for utbygging av barneboliger utydelig.

I svaret fra BLD og HOD fremgikk blant annet følgende:

”Kommunens ansvar for planlegging, etablering og drift av boliger med heldøgns omsorgstjenester følger av sosialtjenesteloven kapittel 7. Dette innebærer at kommunene må sørge for at de har nok barneboliger til å dekke behovet til de som har krav på denne tjenesten.”

”Barnebolig hjemlet som tiltak etter sosialtjenesteloven retter seg mot barn og unge som på grunn av sin nedsatte funksjonsevne ikke kan gis tilfredsstillende botilbud sammen med foreldrene. Dersom et barn har så omfattende omsorgsbehov på grunn av sin nedsatte funksjonsevne at dette overgår foreldrenes omsorgsevne, kan foreldrene ha krav på barnebolig for sitt barn etter sosialtjenesteloven. Det er den nedsatte funksjonsevnen til barnet som er årsaken til behovet for barnebolig.”

”Det ble i 2009 foretatt et landsomfattende tilsyn med barne- og avlastningsboliger. Funn fra dette landsomfattende tilsynet viste at tilbudet er for dårlig i mange kommuner. Det fremgår av Tilsynsmeldingen 2009 fra Statens helsetilsyn at tilsynet avdekket at mange kommuner har svak

faglig styring og må arbeide mer systematisk med å sikre at barna får tilstrekkelige tjenester som er tilpasset deres individuelle behov.”

En forutsetning for at et barn skal kunne tildeles en institusjonsplass/bolig med heldøgns omsorgstjenester etter sosiallovgivningen er at slike tiltak finnes i kommunen og at kommunen tilbyr slike tiltak til familier med funksjonshemmede barn som har behov for det. Virkemidler for dette kan være tydeligere regulering av rettigheter, plikter og rettsikkerhetsgarantier i loven, jfr. også merknader til § 3-2 nr.6 bokstav b) i forslag til ny helse- og omsorgslov.

Økonomisk virkemidler og/eller samordning av finansielle systemer kan også bidra til å sikre slike tiltak. BLD har også satt i gang en evaluering av barnevernreformen fra 2004 der staten overtok fylkeskommunens oppgaver på barnevernområdet. Ett av deloppdragene i evalueringen er å gjennomgå dagens oppgave- og finansieringsansvar hos stat og kommune og vurdere om fordelingen er hensiktsmessig, samt vurdere hvorvidt det finansielle ansvarsprinsippet er fulgt. Det skal bl.a. vurderes om det er sammenheng mellom oppgaver og finansieringsansvar, og hvilke incentiver dagens ordninger gir. På bakgrunn av gjennomgangen skal det vurderes om eventuelle endringer kan bidra til en mer kostnads- og formålseffektiv organisering.

Retten og tilgang til helse- og omsorgstjenester for barn- og ungdom som er plassert etter barnevernloven

Etter direktoratets oppfatning er det rettslige utgangspunktet greit. Barn og ungdom med funksjonshemninger - og som samtidig har behov for barneverntjenester - kan ha rett til både statlige spesialisthelsetjenester, kommunal omsorg og behandling og tjenester etter barnevernsloven. Dette innebærer at et barn med sammensatte problemer som er plassert i barneverninstitusjon eller fosterhjem også har rett til hjelpetiltak etter annet lovverk.

I det tidligere nevnte brevet av 24.11.10 uttaler BLD og HOD:

”Når barnevernet har overtatt omsorgen for et funksjonshemmet barn, er det den kommunale barneverntjenesten som har omsorgsansvaret for barnet og som må ta initiativ til at barnet får oppfylt sine rettigheter etter annet lovverk. Kommunen må legge opp til saksbehandlingsrutiner som i disse sakene ivaretar barnets rettssikkerhet, sørge for at barnet mottar de tjenester det har krav på, å sørge for at den økonomiske ansvarsfordelingen mellom etatene blir korrekt.”

Direktoratet er opptatt av at barn og unge i utgangspunktet skal ha samme rett og tilgang til kommunale helse- og sosialtjenester/omsorgstjenester og statlige spesialisthelsetjenester som andre barn og unge. Direktoratet forslår derfor at dette omtales i forarbeidene. Kommunens ansvar for å sørge for slike tjenester kan inntas i forarbeidene til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Retten til slike tjenester for denne målgruppen bør omtales i forarbeidene til pasientrettighetsloven.

Om utgiftsfordeling når et funksjonshemmet barn er plassert utenfor hjemmet i tiltak etter barnevernloven

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har i samarbeid med KS opprettet Barnevernets tvisteløsningsnemnd som skal gi uttalelser i saker om ansvars- og utgiftsfordeling mellom det statlige og det kommunale barnevernet. I følge direktoratets oversikt over pågående saker, har nemnda per i dag 17 saker til behandling. Vi har mottatt rådgivende uttalelse i 6 av sakene.

Nemnda har gitt uttalelser om lovanvendelsen på området. Og enkeltsakene som offentliggjøres belyser utfordringer i saker hvor funksjonshemmede barn er plassert i barneverninstitusjon og

fosterhjem. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dep/Styrer-rad-og-utvalg/barnevernets-tvistelosningsnemnd.html?id=589293>

Hva som er henholdsvis kommunens og statens ansvar for funksjonshemmede barn er nærmere beskrevet i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets rundskriv om oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og statlige barnevernmyndigheter - herunder om betalingsordninger i barnevernet (Rundskriv Q-06/2007).

Direktoratet legger til grunn at finansieringsordninger som følger av ny kommunal helse- og omsorgslov skal understøtte god praksis i tjenestene. I forslaget til ny lov er det ikke sett på ansvars- og utgiftsfordelingen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og statlig barnevernmyndighet. Samordning av finansielle systemer kan bidra til færre saker med uenighet om oppgave-, ansvars- og utgiftsfordeling.

Direktoratet anbefaler at HOD sammen med BLD vurderer å gi forskriftshjemmel både i barnevernloven og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester for å regulere hovedprinsippene om oppgave-, ansvars- og utgiftsfordeling slik de fremgår av rundskriv Q-06/2007 i forskrift.

Kommentarer til bestemmelsene i lovforslaget

Merknader til forslag om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Til § 1-1 Lovens formål

Vi viser til tidligere kommentarer til at 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 livsløpsperspektivet kommer tydeligere fram, for eksempel ved følgende endring i § 1-1, pkt 1: forebyggelidelse og nedsatt funksjonsevne **i alle livsfaser**

Til § 1-3 Inkorporering av sosialtjenesteloven i helselovgivningen

Begrepet omsorgstjenester er valgt i stedet for sosiale tjenester. Vi savner en begrunnelse for hvorfor "sosial" er byttet ut med "omsorg". Slik omsorgsbegrepet er beskrevet i høringsnotatet, synes det å ha et smalere innhold enn begrepet det skal erstatte. Det blir derfor viktig å tydeliggjøre at omsorgsbegrepet med dette får et nytt innhold. Sammen med endringene i helsepersonelloven gjør dette at sosialtjenester og sosialpersonell forsvinner som begrep. Samtidig innføres "bruker" når tjenestemottaker mottar tjenester som ikke defineres som helsehjelp.

Til § 2-1 - Meldeplikt til barnevernet - endringer i forhold til sosialtjenesteloven

I det nye lovforslaget er det ikke tatt inn en egen bestemmelse som omhandler meldeplikt til barnevernet, men det er henvist til lovforslagets § 2-1 hvor det fremgår at departementet foreslår at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven og at helsepersonelloven § 33 setter samme krav til aktsomhet og samarbeid med barneverntjenesten som sosialtjenesten.

Etter direktoratets sin 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.

Til § 3-2 Generelt

Sosiale tjenester - tjenester for å mestre livet

Tjenester for å mestre livet er ikke synliggjort under listen av ulike helse- og omsorgstjenester i lovforslaget. Dette kan medføre en risiko for at dagens sosialtjenester ikke ivaretas og fortrenses av kommunale helsetjenester og tradisjonelle omsorgstjenester. Denne risikoen kan forsterkes av større dreining mot kommunal frihet og en profesjonsnøytral lov.

Direktoratet ser en risiko for at det foreslåtte forsvarlighetskravet (forlagets § 4-1) blir vanskeligere å praktisere ved tjenester for å mestre livet enn ved helsetjenester. Hvor skal for eksempel grensen settes for hva som skal regnes som et verdig tjenestetilbud og hva skal regnes som nødvendige tjenester når det gjelder tjenester av sosial karakter som støtter opp om deltakelse i aktiviteter utenfor hjemmet?

Direktoratet vil påpeke at begrepsbruken for tjenester i forslagets § 3-2 er uklar og lite konkret både når det gjelder innhold, formål og målgruppe. Det går for eksempel ikke fram av lovtekstens pkt. 6 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. Direktoratet mener at en manglende omtale av ulike tjenester og deres særpreg også kan bidra til utydeliggjøring av det sosiale formålet som lovverket skal fylle. Tjenestenes innhold, om søker har rett på tjenestene, og hva slags behov som utløser retten til tjenester blir uklart. Dette er også en utfordring for kommunen som skal fatte vedtak om og gi tjenestene, og kan slå uheldig ut for personer som trenger tjenester for å delta i utdanning, arbeid eller andre aktiviteter.

Brukerne kan bli avhengige av kommunens evne og vilje til å informere om det samlede tjenestetilbudet. Systemet kan bli sårbart fordi det til en hver tid forutsetter solid kunnskap og erfaring hos saksbehandlerne om tjenester som ikke framkommer i lovteksten. For brukeren kan det bli vanskelig å søke om tjenester der man ikke er kjent med innhold og omfang av tilgjengelige hjelpeordninger.

Direktoratet anbefaler derfor at de sosiale tjenestene får egne lovbestemmelser i lovforslaget jfr. gjeldende sosialtjenestelov § 4-2 a- e, ikke minst for å sikre at personer som trenger omfattende tiltak og tjenester ikke skal tape i kampen om de kommunale midlene.

En profesjonsnøytral lov

En profesjonsnøytral lov kan understøtte tjenesteytelse og samarbeid på tvers av fagprofesjoner og deltjenester. Samtidig kan forslaget skape utfordringer med å sikre nok og riktige kvalifikasjoner til å utføre tjenester av ulik karakter. Når lovforslaget heller ikke er tydelig på hva slags innhold og formål tjenestene skal ha, kan det bli vanskelig å avgjøre hva slags kompetanse som er nødvendig for å kunne gi de ulike tjenestene. I så fall kan forslaget sette forsvarlighet og rettsikkerhet under press, fordi det blir vanskelig å sikre at tjenestene er i samsvar med loven.

Direktoratet vil derfor anbefale at tjenestenes innhold og krav til fagkunnskap blir så tydelig som mulig, og at forsvarlighet sikres gjennom utformingen av forskrifter, regelverk og faglige veiledere.

Til § 3-2 første ledd nr. 1 bokstav a) opplysning, råd og veiledning

Høringsnotatet fremhever at gjeldende rett videreføres på området. Vi mener det er grunn til å vurdere om den foreslåtte løsningen ivaretar tjenesten slik den var beskrevet i sosialtjenesteloven. Teksten i sosialtjenestelovens § 4-1 lyder: "Sosialtjenesten skal gi opplysninger, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer". Det kan sees på som en innskrenkning av gjeldende rett at det å løse sosiale problemer faller ut. Dette vil kunne få betydning for mennesker med sammensatte behov som trenger råd og veiledning til å løse sine problemer på mange områder i livet, men det er ikke rimelig å betegne dette som helsefremmende eller forebyggende arbeid. Sosialtjenesteloven § 4-1 innebærer også en plikt for kommunen til å gi informasjon om tjenestetilbud og annen informasjon brukerne trenger for å ivareta egne rettigheter. Slik det er formulert i forslaget til ny lov vil det skape en gråsoner mellom råd og veiledning etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og denne loven. Bufdir mener det er viktig å videreføreplikten til opplysning, råd og veiledning i bredere forstand da det har stor betydning for pasienter og brukeres rettssikkerhet. Dette bør fortsatt være en egen bestemmelse og vi mener at plasseringen under "helsefremmende og forebyggende arbeid" er for snever. Se for øvrig kommentar til § 3-2 nr. 5.

Til § 3-2 første ledd nr. 1 bokstav b) og c) helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste

Bufdir 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.

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.

Til § 3-2 nr. 5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Bufdir 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 veiledningsmateriell.

Råd og veiledning vil kunne inngå i en tidsavgrenset, planlagt prosess med klare mål og virkemidler. Bufdir vil imidlertid peke på at personer som av ulike årsaker har redusert funksjons- og mestringsevne, kan ha et relativt vedvarende behov for slik bistand for å klare dagliglivets utfordringer. Det samme vil gjelde forskjellige former for veiledning og støttesamtaler til personer med psykiske lidelser som har en uklar forankring i dagens kommunehelsetjenestelov.

Direktoratet er positiv til at departementet tydeliggjør at habilitering og rehabilitering er noe mer enn medisinsk rehabilitering. Direktoratet tror dette er et bidrag til å skape et tverrfaglig samarbeid om rehabiliteringsprosessen. Direktoratet savner allikevel en utdyping av hvordan det tverrfaglige samarbeidet skal sikres, og anbefaler dette kommer tydelig fram av forskriften. Direktoratet vil understreke at habilitering må ha et livsløpsperspektiv der også barn og unge er inkludert. Det er etter direktoratets oppfatning viktig å sørge for tiltak som støtter opp om sosial inkludering, ikke bare bedret fysisk funksjon. En vellykket rehabilitering/habilitering skal søke å bygge opp om den enkeltes mulighet for å delta aktivt på alle arenaer i samfunnet. Både barnehage, skole,

utdanningsinstitusjoner og arbeid er derfor viktige arenaer som må trekkes med i en (re)habiliteringsprosess. Et (re)habiliteringsløp for ungdom og unge voksne bør være både utdanningsrettet og arbeidsrettet. Helsemessig rehabilitering, skole, utdanning og arbeid bør foregå som parallelle prosesser, og målet bør i stor grad være arbeidsdeltakelse og selvforsørgelse. I denne sammenhengen vil det for mange være viktig med et skreddersydd opplegg, og brukermedvirkningen må vektlegges som grunnleggende.

Til § 3-2 nr. 6 Andre helse og omsorgstjenester

Det presiseres i høringsnotatet at tjenestene i § 3-2 nr. 6 skal gis til alle med behov, uavhengig av diagnose eller alder. Videre presiseres det at somatiske og psykiske lidelser og behandling av rusmiddelavhengige likestilles når det gjelder lovforslagets § 3-2. Bufdir ser positivt på disse presiseringene.

I det som følger skal vi kommentere tre av tjenestene i § 3-2 nr 6 spesielt; hjemmetjenester, heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon, og personlig assistanse. I høringsnotatets kapittel om grunnleggende verdier og prinsipper fremholdes det at den nye loven skal sikre pasienters og brukeres rettssikkerhet bl.a. ved at den enkelte lett skal kunne sette seg inn i hva kommunens helse- og omsorgstjenester skal omfatte og hvilke rettigheter den enkelte har. Vi er sterkt i tvil om måten de ovennevnte tjenester beskrives på i loven ivaretar dette. Innholdet i disse tjenestene er lite konkretisert, og oppleves til dels å være overlappende og å ha ulike formål. Dette kan skape usikkerhet både hos pasient og bruker, og hos kommunen som skal yte tjenestene. Det kan være vanskelig for pasienter og brukere å vite hva de ulike tjenestene inneholder og dermed hva de kan søke om. Det kan også skape usikkerhet om hva de kan klage på. Bufdir er bekymret for at dette kan svekke deres rettssikkerhet.

Til § 3-2 nr. 6 bokstav a) hjemmetjenester

Lovteksten angir hvor tjenesten skal ytes, men bør også omtale hvilke oppgaver som skal ivaretas

Til § 3-2 nr. 6 bokstav b) heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon

Direktoratet viser til vår tidligere omtale av temaet under overskriften: "Om et funksjonshemmet barn eller en ungdom skal ha en institusjonsplass/bolig med heldøgns omsorgstjenester etter i sosiallovgivningen eller etter barnevernloven." Vi viser også til uttalelser fra HOD og BLD om emnet i det tidligere omtalte brevet av 24.11.10 fra BLD.

Departementet gir i høringsutkastet kun en svært kortfattet omtale av heldøgns tjenester i eget hjem eller i institusjon. Departementet beskriver tjenesten som ulike helse- og omsorgstjenester som ytes eller er tilgjengelige 24 timer i døgnet. Bufdir mener at det må skilles mellom heldøgns tilbud i eget hjem og tradisjonelle hjemmetjenester som også yter tjenester ved oppmøte i brukerens bolig på faste tider av døgnet. Sistnevnte mener vi hører inn under nr. 6 a).

Spørsmålet er også om kommunene gjennom denne formuleringen, "heldøgns tjenester i eget hjem eller i institusjon", gis frihet til å velge om de ønsker å organisere heldøgntjenestene i hjemmet eller på en institusjon. Selv om de fleste kommuner trolig vil videreføre et institusjonstilbud, kan bruken av ordet "eller" i ytterste konsekvens gi kommunene en mulighet til å velge bort institusjon som et tilbud, hvis de mener å kunne tilby forsvarlige tjenester i hjemmet.

Samhandlingsreformen legger opp til at flere pasienter og brukere skal få tjenester i kommunen, og ikke i spesialisthelsetjenesten. Kommunene vil da få ansvar for flere og for brukere med større og mer sammensatte behov enn de har nå. Det er vanskelig å se at dette fullt ut kan ivaretas gjennom hjemmebaserte løsninger.

Pasientrettighetsloven kapittel 4A gir mulighet for tilbakeholdelse i helseinstitusjon for å kunne gi nødvendig helsehjelp til personer som motsetter seg hjelpen og som mangler samtykkekompetanse. Dette tilsier at kommunene har behov for institusjonsplasser da det ikke er hjemmel for tilbakeholdelse i andre boformer.

Bufdir mener at ny kommunal helse- og omsorgslov må tydeliggjøre kommunens plikt til å tilby heldøgntjenester i institusjon. § 3-2 nr. 6 b) bør derfor utformes på en annen måte enn det foreliggende forslaget.

Nærmere om institusjonsbegrepet

Bufdir 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" i forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov. Direktoratet viser videre til Helsetilsynets høringsuttalelse under tilsvarende overskrift og støtter deres kommentarer.

Bakgrunnen for BLD og HODs uttalelser i det tidligere omtalte brevet av 24.11.2010 var en kommunens anmodning om avklaringer. Kommunen fremholdt i sitt brev til BLD og HOD at barneboliger ikke kvalitetssikres på lik linje med barnevernsinstitusjoner og at dagens ordning med barnebolig kan medføre dårligere rettssikkerhet for barn og familie, manglende kvalitetskrav og mangelfull kontroll. Kommunen fremholdt at dersom departementene mener at det er juridisk grunnlag for utbygging av barneboliger i henhold til sosialtjenesteloven, burde denne ordningen sikres på lik linje med barnevernsinstitusjoner. Det bør da fastsettes krav om godkjenning og kvalitetskontroll. Kommunen ba om at barnets rettssikkerhet ble vurdert spesielt. Kommunen fremholdt også at for barn med atferdsvansker kan det være nødvendig med frihetsbegrensende tiltak som krever hjemmel.

Direktoratet er langt på vei enig med kommunen i dette og anbefaler at det bør utarbeides kvalitetsforskrifter, godkjenningsforskrifter og nærmere regulering av rettigheter og bruk av tvang. Bufdir bistår gjerne i et slikt arbeid dersom det er ønskelig.

Til § 3-2, punkt 6 c

Både støttekontakttjenesten og dagens praktiske bistand omfattes nå av begrepet personlig assistanse etter lovforslagets § 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 positiv 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 er 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 gruppetildelte tjenester fordi dette er mindre kostnadskrevenende 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 brukerens interesser så langt som mulig skal være styrende for valg av fritidstiltak.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

I forslaget omfattes BPA av begrepet personlig assistanse i form av praktisk bistand under § 3-2, punkt 6 c). Kommunens plikt til å ha tjenesten hjemles under lovforslagets § 3-9. BPA er en ordning der sterk brukerstyring og selvstendighet er et særtrekk ved ordninga. For både eventuelle

søkere og kommuner er det derfor viktig at denne ordninga er synlig i lovteksten med en kort beskrivelse av ordningas innhold, formål og målgruppe. Etter direktoratets oppfatning burde tjenesten være mer tydeliggjort under listen av andre helse og omsorgstjenester, § 3-2, punkt 6. Direktoratet stiller også spørsmål ved hvordan brukerstyring er tenkt ivarettatt i ordningen når sosialtjenesteloven § 8-4 erstattes med en mer generell rett til medvirkning og informasjon i pasientrettighetsloven.

Brukerstyrt personlig assistanse videreføres som tidligere, og blir ikke rettighetsfestet slik det var forespeilet i departementets lovforslag fra 2007. Begrunnelsen er betydelige merkostnader knyttet til tjenesten og administrasjonen av den, samt at personell bindes opp til en ordning der det i utgangspunktet er knapphet på personell. Direktoratet viser til tidligere kartlegginger som har vist at når BPA tildeles, avdekkes ofte et udekket behov for tjenester, spesielt når det gjelder deltakelse i aktiviteter utenfor hjemmet. Samlet timetall for tildelte tjenester er derfor ofte høyere når en bruker går fra tradisjonelle omsorgstjenester til å få BPA. ECONs rapport fra 2010 viser bl.a. at ordninga har positive samfunnsøkonomisk effekter fordi den bidrar til en sterkere tilknytning til utdanning og arbeid for funksjonshemmede og deres pårørende og at den også kan bidra til mindre behov for legehjelp, sykehusinnleggelses og færre liggedøgn på sykehus (ECON rapport 2010 – 026). Direktoratet ber om at ordningen vurderes i en større samfunnsøkonomisk sammenheng.

Direktoratet ber om at departementet kvalitetssikrer ordningen gjennom kontinuerlig og god opplæring av de som skal administrere og bruke ordningen, samt gode og tydelige retningslinjer for bruker, assistent og for kommunen eller private andelslag som skal administrere ordningen. Brukerstyringen må sikres når ordningen skal kvalitetssikres.

Til § 4-1 - Forsvarlighet

Bufdir mener det er nødvendig med en drøfting av hvordan kravet til forsvarlighet kan forstås og anvendes på en mest mulig hensiktsmessig måte.

Verdighetsbegrepet som innføres, er i utgangspunktet et positivt ladet begrep basert på allmenngyldige samfunnsetiske normer om hvordan det er ønskelig at tjenesten skal være for å ivareta verdighet. Virksomhetene forventes å innrette seg etter disse, i praksis må det imidlertid forventes betydelig variasjon. Utfordringene vil ligge i å fastslå hvor langt fra utgangspunktet virksomhetene kan innrette tjenestene før tjenestetilbudet ansees som uverdigg.

Til § 7-1. Individuell plan

Bufdir støtter forslaget om å gi kommunen hovedansvar for å vurdere behov for, utarbeide og koordinere individuell plan for pasienter og brukere som trenger tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Bufdir støtter behovet for en klarere plassering av hvem som skal ha hovedansvaret for utarbeidelse og koordinering av individuell plan. Vi mener lovforslaget gir en mer hensiktsmessig regulering enn i dag, hvor plikten er lagt til tre ulike instanser på to ulike forvaltningsnivåer. For pasienter og brukere vil lovforslaget kunne føre til mer tydelighet og bidra til et mer samordnet og helhetlig tjenestetilbud. Uttalelser fra brukerorganisasjoner viser tydelig at det er behov for en bedre koordinering av arbeidet med individuell plan. Dette gjelder også i forhold til barnevern.

Samtidig vil vi peke på spesialisthelsetjenestens lovbestemte plikt og ansvar for å medvirke i arbeidet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. I helt spesielle tilfeller med svært krevende pasienter bør det kunne vurderes om spesialisthelsetjenesten kan ta hovedansvaret. Dette må da avtales særskilt.

Buudir foreslår følgende endring i ordlyden i § 7-1 tredje ledd:

”Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og krav til planens innhold.”

Til § 7-2. Koordinator

Buudir støtter forslaget om en egen lovbestemmelse 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 enig i at koordinator gis et ”sørge-for-ansvar” og støtter departementets vurdering av at et personlig oppfølgingsansvar blir for omfattende og sårbart.

Vi foreslår følgende endring i ordlyden i § 7-2 annet ledd:

”Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilket ansvar koordinator skal ha.”

Til § 7-3. Koordinerende enhet

Buudir støtter departementets forslag om at kravet om å ha en koordinerende enhet presiseres i ny lov om helse- og omsorgstjenester, og at tilsvarende presisering tas inn i spesialisthelsetjenesteloven. Plikten til å ha en koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten er i dag regulert i forskrift om habilitering og rehabilitering, §§ 8 og 13. I forslaget til ny lov legges det også føringer for oppgavene som skal ivaretas av den koordinerende enheten. Tilsvarende føringer finnes ikke i dagens forskrift.

Buudir mener at den koordinerende enheten ikke kan ha et systemansvar da ansvaret for å ha tilfredsstillende systemer for å ivareta ulike oppgaver er et ledelsesansvar som ikke kan delegeres til en enhet.

Vi foreslår følgende endring i ordlyden i § 7-3 annet ledd:

”Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.”

Til kapittel 9. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Buudir mener at den forestående gjennomgangen av tvangsbestemmelsene er viktig.

Til kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmissbrukere

Departementet viser til at det også her er behov for endringer i regelverket om bruk av tvang, men at dette ikke er utredet nærmere i høringsnotatet. Vi støtter uttalelsen om at det er et mål på sikt å samordne reglene om bruk av tvang innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Til § 12-1. Taushetsplikt

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.

Kommentarer til helsepersonelloven

Til § 4 andre ledd. Plikt til å delta i arbeidet med individuell plan- helsepersonelloven

Buudir støtter forslag om en pliktbestemmelse for personell som yter helse- og omsorgstjenester, og mener dette vil bidra til mer helhetlig og samordnet tjenestetilbud for pasienter og brukere.

Til § 38 a) Melding om behov for individuell plan og koordinator – helsepersonelloven

Buudir støtter forslaget.

Endringer i pasientrettighetsloven

Til § 2-1a. Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen

Vi støtter her Helsetilsynets høringsvar.

Særlig om rusmiddelmisbrukeres rettigheter

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet vil bemerke at det er uklare ansvarsforhold mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og barnevernet i dagens regelverk for behandling av rusmisbruk i institusjon for unge rusmisbrukere. Det statlige barnevernet har også et ansvar for å ha institusjoner for barn og ungdom med alvorlig atferdsproblematikk ved vedvarende rusmisbruk. Etter direktoratets oppfatning er det behov for bedre samordning av tjenester, kompetanse og ressurser for unge rusmisbrukere.

Det er positivt at rusmiddelmisbrukere har rett til alle typer tjenester som omfattes av helse- og omsorgsloven. I det nye lovforslaget forsvinner særlige tiltak for rusmiddelmisbrukere, og det bør gjøres tydelig i merknader til loven at tjenestene må innrettes slik at også rusmiddelmisbrukere 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 rusmiddelmisbrukere kan være bistand til å øke boevne, egen omsorg og deltakelse i sosiale sammenhenger.

Til § 3-4

Brukermedvirkning

I sosialtjenestelovens § 8-4 står det at “tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten og det skal legges stor vekt på hva klienten mener.” Dette foreslås erstattet med rett til medvirkning og informasjon i pasientrettighetsloven. Det nye forslaget sikrer at man blir hørt, men ikke at man får en faktisk innvirkning på det materielle innholdet i vedtaket. Direktoratet mener dette er en svekkelse av brukerens rett til medvirkning i forhold til dagens bestemmelse sosialtjenesteloven § 8-4.

Barnets rettigheter til å bli hørt må tydeliggjøres i nytt forslag til pasientrettighetslov

Vi støtter Helsetilsynets høringsuttalelse under dette punktet.

Til § 7-6 Klage – forvaltningslovens anvendelse

Bufdir støtter forslaget om felles klageadgang for tjenestene. For øvrig viser vi til Helsetilsynets høringsvar til denne bestemmelsen som direktoratet støtter.

Med hilsen

Mari Trommald (e.f.)
direktør

Marit Gjærum
avdelingsdirektør