

ADHD Norge • Afasiforbundet i Norge • Autismeforeningen i Norge • Cerebral Parese-foreningen • Dysleksiforbundet i Norge • Forbundet Tenner og Helse • Foreningen for Blødere i Norge • Foreningen for El-overfølsomme • Foreningen for Fragilt X-Syndrom • Foreningen for Hjerteriske barn • Foreningen for Kroniske Smertepasienter • Foreningen for Muskelsyke • Foreningen for Søvnssykdommer • Hørselshemmedes Landsforbund • Interesseforeningen for LMBB syndrom • Klinefelterforeningen i Norge • Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende • Landsforeningen Alopecia Areata • LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke • Landsforeningen for Huntingtons Sykdom • Landsforeningen for kombinert syns- og hørselshemmede/døvblinde • Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte • Landsforeningen for Overvektige • Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri • Landsforeningen for Trafikkskadde i Norge • Landsforeningen mot Fordøyelsessykdommer • Leverforeningen • Marfanforeningen • Mental Helse Norge • Momentum • Morbus Addisons Forening • Multippel Sklerose Forbundet i Norge • Norges Astma- og Allergiforbund • Norges Blindeforbund • Norges Diabetesforbund • Norges Døveforbund • Norges Fibromyalgi Forbund • Norges Migreneforbund • Norges Myalgisk Encefalopati Forening • Norges Parkinsonforbund • NORILCO • Norsk Cøliakiforening • Norsk Dysmeliforening • Norsk Epilepsiforbund • Norsk Forbund for Svaksynte • Norsk Forening for Analatresi • Norsk Forening for Cystisk Fibrose • Norsk Forening for Ehlers-Danlos Syndrom • Norsk Forening for Nevrofibromatose • Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta • Norsk forening for Tuberos Sklerose • Norsk Hemokromatoseforbund • Norsk Immunsviktforening • Norsk Interesseforening for Kortvokste • Norsk Interesseforening for Stamme • Norsk Keratoseforening • Norsk Kraniofacial Forening • Norsk Landsforening for Laryngektomerte • Norsk Lymfødeme forening • Norsk Porfyriforening • Norsk Psoriasisforbund • Norsk Revmatikerforbund • Norsk Thyreoideaforbund • Norsk Tourette Forening • SpProstatakreftforeningen (PROFO) • Ryggforeningen i Norge • Ryggmarksbrokk- og Hydrocephalusforeningen • Rådgivning om spiseforstyrrelser • Støtteforening for Kreftsyke Barn • Turner Syndrom Foreningen i Norge



Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Vårt arkiv: 402
Vår fil: B11-SJ01-Helse- og omsorgstjenestelov
Saksbeh: SJ, HSR, AA, AH, ATS

Oslo, 18. januar 2011

HØRINGSSVAR - FORSLAG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) har tidligere støttet intensjonen i Samhandlingsreformen og forslaget om å slå sammen kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

FFO mener imidlertid at de fremlagte forslagene til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, folkehelselov og nasjonal helse- og omsorgsplan, ikke inneholder de grep som er nødvendige for å realisere samhandlingsreformens intensjoner om et sammenhengende og enhetlig kommunalt helse- og omsorgstilbud. Lovforslaget harmoniserer begrepsbruken og bidrar dels til avklaring av ansvarsforhold mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sosialtjenestelovens områder innarbeides imidlertid på en måte som skaper uklarhet og forvirring. Forslaget om å frata klageinstansen myndighet til å fatte nytt vedtak er et helt uakseptabelt forslag som raserer rettssikkerhetssituasjonen for pasienter og brukere.

En omfattende reform av den kommunale helse- og sosialtjenesten krever langt tøffere grep og større politisk handlekraft enn det som fremkommer i høringsnotatene.

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

FFO har 4 hovedankepunkter:

1. Lovforslaget undergraver målet om full deltakelse og likestilling

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

Det foreslås ikke at mennesker som får tildelt kommunale hjemmetjenester skal få rett til selv å velge brukerstyrt personlig assistanse (BPA) framfor ordinære kommunale hjemmetjenester. Valg av BPA vil ikke, slik FFO har foreslått det, påføre kommunen ekstra kostnader. Rett til BPA blir av alle funksjonshemmedes organisasjoner vurdert som et viktig skritt på veien mot et likestilt samfunn. Mange brukere opplever at tjenester i form av BPA etablerer frihet i hverdagen og mulighet for deltakelse i samfunnet. Rett til selv å velge BPA støttes også av samtlige opposisjonspartier. FFO forstår ikke hvorfor funksjonshemmede og kronisk syke skal nektes å bestemme hvordan tildelte tjenester skal leveres. Retten til selvbestemmelse må gå foran fagfolks oppfatning av hvordan du best kan leve ditt liv. Slik forslaget foreligger, og slik forslaget begrunnes, prioriteres det kommunale selvstyret framfor brukeres muligheter til å ta ansvar for egen livsutfoldelse.

Ved utmåling og tildeling av sosiale tjenester foreslås det at helsesektorens begrep "*medvirke til*" skal erstatte sosialtjenestelovens nåværende formulering om at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren, og at det skal legges stor vekt på hva brukeren mener. Det er stor forskjell på det å medvirke om videre behandling i en dialog med fastlegen og det at det skal legges stor vekt på hva du selv mener om utformingen av sosiale tjenester som vil prege hverdagen hele livet.

Rett før høringsutkastet ble lagt frem understreket statsråd Audun Lysbakken i Stortingets spørretime at enhver har rett til å bosette seg der en selv vil og har en like selvfølgelig rett på fullverdige tjenester i selvvalgt bolig. Slik er ikke virkeligheten for mange som trenger omfattende bistand i eget hjem. Kommuner praktiserer loven slik at mange av dem som trenger omfattende bistand i eget hjem må ta til takke med det boligtilbudet kommunene tilbyr. Mange opplever tilbudet som upassende og lite tilfredsstillende. FFO forventet at retten til fullverdige tjenester i selvvalgt bolig ville bli stadfestet i den nye loven.

2. Fravær av faglige krav gir større ulikhet - og dårligere tjenester

Høringsnotatene understreker gang på gang at kommunene skal stå fritt i utforming av helse- og omsorgstjenestene. Dette begrunnes med at lokale forhold må legges til grunn for at tjenestene skal bli best mulig. FFO forundres over hvordan en kan påstå at økt kommunal frihet gir større likhet for pasienter og brukere. På så godt som alle andre samfunnsområder fastsettes nasjonale normer og standarder på tjenester kommunen skal tilby. Det er strenge krav til utdanning for lærere i ulike fag, pensumplaner for ulike klassetrinn, et uttall normer og krav til nye bygninger, strenge regler for hvordan arealplaner kan utarbeides. Men når det skal gjennomføres en omfattende revisjon av den kommunale helse- og omsorgssektoren er det bare fastlegeordningen som skal underlegges slike krav. Forøvrig skal det verken stilles spesifikke krav til tjenestenes innhold eller tjenesteyternes utdanning. FFO forstår ikke holdningen og frykter konsekvensene for brukerne.

For mange kronisk syke og funksjonshemmede er tilgang på faglig gode helsetjenester i kommunene avgjørende. Forslaget om profesjonsnøytralitet og understrekningen av at kommunene selv skal kunne bestemme hvordan tjenestetilbudet skal utformes og organiseres, samt fravær av nasjonale standarder og kvalitetskrav, vil nødvendigvis skape større ulikhet. FFO frykter at kommunene fortsatt vil nedprioritere viktige habiliterings- og rehabiliteringstjenester, og at dette vil føre til fremvekst at private alternative tilbud mange funksjonshemmede og kronisk syke ikke vil ha råd til å benytte.

Når det gjelder helsedelen i høringsnotatet vil FFO påpeke en rekke forhold som må tilfredsstilles for at samhandlingsreformens ideer skal kunne realiseres og for at et godt faglig relevant tjenestetilbud skal bli tilgjengelig for pasienter i alle kommuner – også i de små. Små kommuner kan umulig etablere et tilfredsstillende helse- og omsorgstilbud til sine innbyggere alene når kommunene blir tillagt ansvaret for stadig mer komplekse helse- og omsorgsoppgaver.

I drøftelsen av forslag til endringer på sosialtjenestens område påpeker vi at manglende spesifisering av hvem som har rett på tjenester, og innholdet i de tjenester kommunen plikter å tilby, lett vil føre til ulikhet kommuner i mellom og til at mange brukere vil få problemer med å ivareta egne interesser og rettigheter.

3. Svekket rettssikkerhet gir større ulikhet

Den sterke vektleggingen av kommunalt selvstyre og autonomi vil, sammen med forslagene om fjerning av klageinstansens myndighet til å fatte nytt vedtak og svekkelse av brukeres rett til medvirkning, nødvendigvis føre til økt ulikhet i tilgang på kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er stikk i strid med hva som sies i innledningskapitlene og stikk i strid med regjeringens offisielle festtalepolitikk.

FFO vil, på samme måte som Helsetilsynet gjør i sitt hørings svar, *”sterkt advare mot å innskrenke klageinstansens kompetanse på et rettsområde som sikrer grunnleggende verdier for kommunens innbyggere”*. For funksjonshemmede og kronisk syke kan tilgang på nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester være like viktig som tilgang på økonomiske ytelser (uføretrygd, bostøtte med mer) og spesialisthelsetjenester. Mister klageinstansen myndigheten til å fatte nytt vedtak fratas funksjonshemmede og kronisk syke en svært viktig rettssikkerhetsgaranti. Helsetilsynet påpeker disse forhold på denne måten:

”Det vil også kunne bidra til at klageinstansens vedtak som normgivende for kommunens tjenesteyting blir svekket, og at det er fare for enda større ulikheter i landet avhengig av bostedskommune. Det betyr også at brukere/pasienter av helse- og omsorgstjenester i kommunen får et langt dårligere rettsvern enn pasienter i spesialisthelsetjenesten og brukere av sosiale tjenester i NAV der klageinstansen har myndighet til å endre virksomhetens vedtak.” (vår utheving).

FFO slutter seg fullt ut til Helsetilsynets synspunkter. For FFO er det åpenbart at den enkeltes rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester må komme foran lokaldemokratiske hensyn. Lovforslaget vil, slik det i dag foreligger, føre til økt ulikhet i tilgang på helse- og sosialtjenester.

4. Bistand hele livet – ikke bare i livets slutfase

Det foreliggende lovforslaget og høringsnotatet preges av at det er utarbeidet av fagfolk som har hatt fokus på helse- og omsorgstjenester for eldre. Det er selvfølgelig stort behov for nye grep i eldreomsorgen. Men det er stor forskjell på det å ha behov for helse- og sosialtjenester noen få måneder eller år på slutten av livet, og det å ha behov for omfattende bistand i hverdagen – hele livet, slik funksjonshemmede og kronisk syke har.

Hjemmetjenesten ble innført i Norge på begynnelsen av 1980-tallet. I årene etter har det vært en kraftig vekst i hjemmetjenestene på bekostning av institusjonstjenestene. Tilgang på gode tjenester i hverdagen gjør det mulig for funksjonshemmede å leve et godt liv i egen bolig med utgangspunkt i egne forutsetninger.

Ressursmessig er pleie- og omsorgssektoren den absolutt største delen av kommunens samlede helse- og omsorgstilbud. Det arbeider like mange mennesker i pleie- og omsorgssektoren som i hele spesialisthelsetjenesten til sammen. Eldreomsorgen utgjør omlag halvparten av den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Nesten all vekst i pleie- og omsorgssektoren de siste årene er gått til styrking av hjemmetjenestene og nesten all vekst i hjemmetjenestene er gått til mennesker under 50 år; det vil si til mennesker med somatiske og psykiske lidelser som ikke bor i en kommunal bolig. Antall utviklingshemmede bistandsmottakere er relativt konstant. Kommunenes prioriteringer dokumenterer klart at nedleggelsen av langtidsinstitusjonene på 1980- og 90-tallet ikke ble fulgt opp med utbygging av kommunale tjenester. Kommunene har åpenbart funnet det nødvendig å styrke tilbudet til

funksjonshemmede og kronisk syke – og FFO vet at det fortsatt er store brister i tilbudet til mennesker som er avhengig av omfattende bistand i eget hjem.

I høringsutkastet til ny helse- og omsorgsplan gjøres det et nummer av at veksten i pleie- og omsorgssektoren ikke er gått til eldreomsorgen, og det heter at *"forskriften til en verdig eldreomsorg vil sikre **riktigere** (vår utheving) prioritering av innsatsen i omsorgstjenesten, slik at eldre som gruppe ikke kommer uheldig ut"*. FFO forutsetter av verdighetsgarantien gjelder alle mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester – også funksjonshemmede og kronisk syke – og at departementet ikke mener at eldre skal prioriteres på bekostning av funksjonshemmedes og kronisk sykes behov.

For FFO er det viktig at en ny lov og nye forskrifter klargjør funksjonshemmede og kronisk sykes rettigheter og sikrer tilgang på nødvendig helsehjelp og nødvendige sosiale tjenester. Det foreliggende lovforslaget gjør ikke det.

Nytt navn

En lov skal ha et navn som harmonerer med lovens innhold. Det nye lovforslaget omhandler både helsehjelp, omsorgstjenester og praktisk bistand. FFO drøfter, slik også Helsetilsynet gjør i sitt høringssvar, om loven i tillegg også burde omfatte hjelp til å løse sosiale problemer. Det er ikke med i lovforslaget.

En stor del av de tjenestene som reguleres av den nye loven er verken helse- eller omsorgstjenester, men praktisk bistand som det ytes vederlag for etter vederlagsforskriften. Støttekontakt, omsorgslønn, hjemmehjelp, avlastning og bistand til anskaffelse av varig bolig er heller ikke å anse som helse- eller omsorgstjenester etter en naturlig forståelse av ordlyden. FFO foreslår at den nye loven navngis som "Lov om kommunale helse- og sosialtjenester - Helse og sosialtjenesteloven i kortform (se senere drøftelser av navneforslag).

Videre saksgang

FFO støtter intensjonen om harmonisering av lovverkene for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. FFO ser fordelene ved at pleie- og omsorgssektoren styres av en lov, men vi har flere innvendinger:

- Lovforslaget må gjennomgå en omgripende bearbeidingsprosess. Enn så lenge kan en leve med de eksisterende lovene, og det er ingen grunn til forsere lovarbeidet. Den nye loven skal danne basis for en svært viktig del av fremtidens velferdssamfunn. Vi trenger et godt, hensiktsmessig og fremtidsorientert lovverk.
- Den nasjonale helse- og omsorgsplanen må omarbeides slik at den blir et konkret verktøy som anviser hvordan samhandlingsreformens intensjoner i praksis skal realiseres.
- For å sikre bedre kvalitet ved neste runde anbefaler FFO at interesseorganisasjoner og fagmiljøer trekkes sterkere med i bearbeiding av de nye forslagene.

Det fremlagte høringsutkastet til ny lov om helse- og omsorgstjenester vil få størst negativ betydning for tildeling av sosiale tjenester og for brukeres og pasienters medvirkningsmuligheter og prosessuelle rettigheter.

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

FFO vil i det følgende kommentere ulike elementer i lovforslaget, men først punktvis oppsummere våre viktigste synspunkter i et sammendrag.

Innhold

Sammendrag	6
Rettssikkerhetsgarantier	8
Forvaltningsloven	8
Kommunalt selvstyre – økt fleksibilitet for kommunen	8
Klageinstansens myndighet	9
Valg av klage- og tilsynsinstans	10
Meldeplikt	10
Kvalitetsutvalg	10
Generelt om plikter og tjenester	11
Kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester	11
Kvalitet og forsvarlige tjenester	12
Koordineringsansvar	12
Individuell plan	13
Helsetjenester	14
Allment om helsetjenesteforslagene	14
Profesjonsnøytralitet	15
Forpliktende avtaler mellom kommuner og helseforetak	15
Kommunesamarbeid	16
Kommunelege	17
Fastlegeordningen	17
Nasjonal sykehusplan	18
Lokalsykehusene	18
Lokalmedisinske sentra	18
Utskrivingsklare pasienter	19
Kommunal medfinansiering	19
Habilitering og rehabilitering	19
Pasientforløp	20
Lærings- og mestringssentra på lokalt nivå	20
Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling og etablering av helseregister	21
Sosiale tjenester	23
Anvendelse av pasientrettighetsloven	23
Brukermedvirkning	23
Inngangsvilkår og innhold i tjenesten	24
Brukerstyrt personlig assistanse	26
Dagtilbud	27

Sammendrag

- Forvaltningsloven må gjelde for alle vedtak etter lovforslagets § 3-2, 1. ledd, nr. 6, Andre helse- og omsorgstjenester
- Kommunenes frihet til selv å bestemme tjenestenes innhold og organisering truer sentrale verdier som likhet, kvalitet og rettssikkerhet
- Klageinstansens plikt til å legge vekt på forvaltningens frie skjønn må ikke utvides
- Klageinstansen må ha myndighet til å treffe nytt vedtak i klagesaken
- FFO mener at Helsetilsynet i fylket bør være klage- og tilsynsinstans
- FFO mener at Helsetilsynet i fylket må være mottaker av meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3
- FFO mener at plikten til å opprette kvalitetsutvalg må bestå
- FFO støtter forslaget om å gi kommunene et "sørge for" ansvar både for kommunale helsetjenester og kommunale sosiale tjenester
- Begrepet forsvarlig tjenester må presiseres i forarbeidene til den nye loven
- FFO støtter Helsetilsynets syn på forsvarlighet slik det fremkommer i deres høringssvar til ny helse- og omsorgstjenestelov
- FFO ber om at det lovfestes en rett til en koordinator
- FFO er positive til å pliktfeste retten til en individuell plan
- FFO krever at det stilles krav om tilgang på nødvendig helse- og omsorgspersonell og faglig kompetente tjenester i alle landets kommuner.
- Det må utvikles mer utfyllende nasjonale krav til innhold i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene
- Kommuner som på grunn av lavt folketall eller av andre årsaker ikke evner å etablere det helse- og omsorgstilbudet loven pålegger dem, må pålegges å samarbeide med nabokommunene
- Kommunelegen må i loven gis en mer sentral rolle i den kommunale administrative ledelsen
- FFO støtter forslaget om at det innføres nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til fastlegeordningen
- Antall fastlegehjemler bør økes med 2500 og hver fastlege skal ikke kunne ha mer enn 1 500 pasienter på egen liste
- Det må utvikles en nasjonal sykehusplan som klart og entydig fordeler oppgaver og ansvar mellom helseforetakenes store og små sykehus
- En nasjonal helseplan må være på plass før en kan iverksette andre tiltak som forutsetter samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene

- Det må utarbeides nasjonale standarder for tjenestetilbudet på lokalmedisinske sentra på samme måte som det stilles kvalitets- og funksjonskrav til fastlegenes virksomhet
- Før ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra dag én effektueres, må kommunene få tid og penger for å etablere kvalitativt gode intermediære sengeplasser
- FFO ber om at lovforslaget følges opp med en forpliktende opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, som også inneholder øremerking av den økonomiske innsatsen
- FFO ber om at det etableres pasientforløp som sikrer rett helsehjelp på rett sted til rett tid
- FFO ber om at det etableres lærings- og mestringssentra på lokalt nivå og at tjenesten lovfestes
- FFO forutsetter at pasienters og brukeres personvern og integritet ivaretas og sikret i de elektroniske verktøy som tas i bruk og i alle helseregistre som etableres
- Pasientrettighetslovens tittel og formålsparagraf må endres
- Definisjonen av begrepene "bruker" og "pasient" må klargjøres
- Pasientrettighetsloven må tilpasses for sosiale tjenester
- Dagens bestemmelse om medvirkning på sosialtjenestelovens område må videreføres. Brukermedvirkningen på individnivå må ikke svekkes
- Begrepet "omsorgstjenester" er lite dekkende – begrepsbruken må drøftes
- Loven må få en bestemmelse om hvem som har krav på nødvendige sosiale tjenester
- FFO er kritiske til at det foreslås en lovregulering som i mindre grad lister opp konkrete sosiale tjenester
- Opplistingen av tjenester i lovforslagets § 3-2, 1. ledd, nr. 6 Andre helse- og omsorgstjenester, må presiseres
- Tilgang på sosiale tjenester må sikres også i akutte situasjoner
- FFO krever at retten til å velge helse- og omsorgstjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA) lovfestes
- FFO krever at retten til dagtilbud må lovfestes

Rettssikkerhetsgarantier

Forvaltningsloven

- **Forvaltningsloven må gjelde for alle vedtak etter lovforslagets § 3-2, 1. ledd, nr. 6, Andre helse- og omsorgstjenester**

Det foreslås at forvaltningslovens kapittel 4 og 5 ikke skal gjelde for vedtak etter lovforslagets § 3-2 (hvor tjenestene som inngår i loven listes opp.) For vedtak om "tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over 2 uker" foreslås det at forvaltningslovens kapittel 4 og 5 likevel skal gjelde.

Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven kapittel 4 og 5 ivaretar ulike rettssikkerhetshensyn. Ved en formalisert prosess, må den som skal fatte vedtaket gjøre en grundig overveielse. Videre er kravene til skriftlighet, begrunnelse og begrunnelsens innhold viktig for at bruker skal kunne forstå hvorfor man har fått avslag, og dermed også en forutsetning for å kunne klage.

Etter ordlyden i pasientrettighetsloven § 2-7 innebærer det at vedtak om avlastningstiltak og personlig assistanse ikke vil bli omfattet av forvaltningslovens kapittel 4 og 5. Dette ville i så fall innebære en alvorlig innskrenkning i brukeres rettssikkerhet.

FFO har fått opplyst har hensikten imidlertid vært at de nevnte kapitlene i forvaltningsloven også skal gjelde for vedtak om avlastning og personlig assistanse. Dette må i så fall tydelig fremkomme av ordlyden i det endelige lovforslaget.

FFO stiller seg videre kritiske til avgrensningen på 2 uker. Dette kan føre til at kommunene spekulerer i å fatte vedtak for kortere perioder enn 2 uker for å omgå forvaltningsloven kapittel 4 og 5, og dermed vanskeliggjøre klageprosessen for den det gjelder. Det må videre forhindres at kommunene fatter gjentakende vedtak på under 2 uker for å omgå forvaltningslovens regler.

Kommunalt selvstyre – økt fleksibilitet for kommunen

- **Kommunenes frihet til selv å bestemme tjenestenes innhold og organisering truer sentrale verdier som likhet, kvalitet og rettssikkerhet**

I høringsnotatet fremheves behovet for at kommunen skal stå mest mulig fritt til å organisere sine tjenester. Staten skal ikke detaljregulere tjenestetilbudet og klageinstansen skal ikke kunne binde kommunen ved å fatte nytt enkeltvedtak i klagesaker. Det anses som tilstrekkelig å angi mer eller mindre løse rammer for organisering. Gjennom å stille generelle krav til forsvarlighet, kvalitet og verdighet, legger man til grunn at kommunen vil gjøre det som er nødvendig for å ivareta den enkelte brukers behov. Brukerens egen vurdering av hva som er best for seg selv skal det ikke lenger legges stor vekt på.

Hva som er forsvarlig kan til en viss grad klargjøres ved standarder, men må for øvrig avgjøres etter en helt konkret vurdering i den enkelte sak. FFO frykter at forskjellene kommunene imellom vil øke når kommunene skal få økt fleksibilitet, en situasjon vi også ser i dag. Når personer er gitt nasjonale individuelle rettigheter, må hensynet til likhet stå sentralt.

Slik det er foreslått, er den reelle friheten for kommunene enda større ettersom kontrollmekanismene mangler. Når klageinstansen blir fratatt myndighet til å fatte nytt vedtak i saken, er det ingen andre enn domstolene som med bindende virkning kan fastslå hva kravet til forsvarlighet og kvalitet i den enkelte sak innebærer.

Klageinstansens myndighet

- **Klageinstansens plikt til å legge vekt på forvaltningens frie skjønn må ikke utvides**
- **Klageinstansen må ha myndighet til å treffe nytt vedtak i klagesaken**

I lovforslaget foreslår departementet at klageinstansen ved overprøving av forvaltningens frie skjønn, skal legge stor vekt på det kommunale selvstyret. Dette er en svekkelse av overprøvelsesadgangen i forhold til hva som gjelder for kommunal helsehjelp. FFO mener at klageinstansens plikt til å legge vekt på det kommunale selvstyret ved prøving av forvaltningens frie skjønn ikke må utvides. FFO mener tvert imot at reelle hensyn taler for at den generelle regelen i forvaltningsloven § 34 gjøres gjeldende for helsetjenester og sosiale tjenester. Det dreier seg om tjenester av helt fundamental betydning for den enkelte og rettssikkerhetshensyn må veie tungt. FFO kan ikke akseptere at det skal være svakere regler når det gjelder klageinstansens mulighet til å overprøve forvaltningens frie skjønn i saker om helse- og omsorgstjenester/sosiale tjenester enn hva som gjelder for øvrige forvaltningsvedtak.

Videre foreslås det at klageinstansen i alle saker om helse- og omsorgstjenester/sosiale tjenester bare skal kunne oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake. Det foreslås at klageinstansen skal miste retten til selv å fatte nytt vedtak i saken – selv i saker der en kommune lovstridig har avslått en tjeneste brukeren har krav på. Dette er det alvorligste inngrepet i brukernes rettssikkerhet. Også Helsetilsynet understreker alvorligheten av dette forslaget.

Departementet mener at kommunene vil se annerledes på saken når de skal fatte et nytt vedtak i lys av klageinstansens merknader. Vår erfaring, gjennom henvendelser til Rettighetssenteret, er imidlertid tvert i mot at kommuner trenerer saker og ikke følger opp klageinstansens nye vedtak. For FFO er det helt avgjørende at klageinstansen beholder kompetansen til å treffe vedtak i klagesaker.

At klageinstansen selv kan fatte vedtak er for det første viktig av hensyn til tidsbruk. Prosessen det legges opp til i forslaget er i så måte særdeles lite fordelaktig for bruker. Forslaget innebærer at kommunen skal vurdere saken tre ganger, men kan fortsatt komme til samme resultat. På nytt kan bruker påklage kommunens vedtak, men heller ikke i andre omgang kan klageinstansen fatte nytt vedtak. En slik klageprosess vil ta uakseptabel lang tid uten at det nødvendigvis fører til en endring av det opprinnelig vedtaket.

Viktigheten av at klageinstansen skal kunne fatte nytt vedtak, illustreres godt av en henvendelse til Rettighetssenteret hvor en mor i lengre tid forgivevs hadde forsøkt å få avlastning fra kommunen:

Sak 2009/0748: "Saken gjelder mor som har fått medhold av fylkesmannen at hun har krav på avlastning for sin sønn annenhver helg. Kommune får kritikk av fylkesmannen for ikke å ha satt i verk dette tidligere og mor får derfor etterbetalt omsorgslønn for den aktuelle perioden. [...]"

Departementet argumenterer med at kommunen vil være avskåret fra å påvirke klageorganets nye avgjørelse. Departementet ønsker at kommunene bør sikres frihet til å utøve hensiktsmessighetsskjønn uavhengig av statlig klageorgan, fordi en ikke ønsker at klageinstansen skal kunne binde opp budsjettene til kommunen. Forslaget begrenser imidlertid ikke bare myndigheten til å fatte nytt vedtak for hensiktsmessighetsskjønnet, men fratar også klageinstansen myndighet til å fatte nytt vedtak når et kommunalt vedtak er ulovlig.

Hensikten med klageadgang i offentlig forvaltning er at det skal være en uavhengig overprøving med mulighet for endring. FFO mener det er en helt grunnleggende rettsikkerhetsgaranti at klageinstansen skal kunne overprøve og treffe et nytt vedtak når førstelinjen har truffet et vedtak som juridisk er feil. Når det dreier seg om tildeling av helt grunnleggende velferdsgoder må rettsikkerhetsgarantien være den samme som for andre velferdsgoder, for eksempel trygdeytelser eller spesialundervisning etter opplæringsloven. Dessuten; hvis man velger å gjøre de materielle rettighetene mer skjønnsmessige og uklare, er de prosessuelle reglene helt avgjørende for å sikre enkeltindividers rettsikkerhet og ensartet praksis.

FFO mener det er uakseptabelt å ha en ordning som gir hensynet til kommunens selvbestemmelsesrett forrang fremfor brukernes rettsikkerhet. At disse gruppene vil gå til domstolen for å få sine rettigheter i praksis er urealistisk. Når kommuner bryter loven er klageinstansens myndighet til å fatte nytt vedtak eneste praktiske mulighet til å få oppfylt lovfestede tjenester som er helt avgjørende for å kunne fungere i hverdagen.

Valg av klage- og tilsynsinstans

- **FFO mener at Helsetilsynet i fylket bør være klage- og tilsynsinstans**

FFO mener det er viktig at tilsyn og klagebehandling holdes samlet. FFO understreker viktigheten av at denne instansen har nødvendig kompetanse. Vi mener videre det er viktig at både klage- og tilsynsinstansene er slagkraftige, og at disse instansene har nødvendig myndighet til å ivareta sin rolle. Det må være lett å vite hvem man skal henvende seg til, og klage- og tilsynsinstansene må videre være lett tilgjengelige for publikum.

For FFO er det viktig at Helsetilsynets faglige legitimitet og integritet videreføres. Denne posisjonen er avgjørende for en uavhengig og faglig korrekt klagebehandling. FFO har derfor kommet frem til at Helsetilsynet i fylket bør være klage- og tilsynsinstans.

Meldeplikt

- **FFO mener at Helsetilsynet i fylket må være mottaker av meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3**

FFO er positive til at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten får en rolle når det gjelder kartlegging av betydelig personskade i spesialisthelsetjenesten, men mener at meldingene fra helseinstitusjonen fortsatt må gå direkte til Helsetilsynet i fylket.

Kvalitetsutvalg

- **FFO mener at plikten til å opprette kvalitetsutvalg må bestå**

I lovforslaget til ny § 3-4 i spesialisthelsetjenesteloven er det foreslått at helseinstitusjonene "kan" opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. FFO mener at helseinstitusjonene fortsatt må ha en plikt til å opprette slike utvalg og at ordlyden derfor må endres til "skal".

Generelt om plikter og tjenester

Kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

- **FFO støtter forslaget om å gi kommunene et "sørge-for-ansvar" både for kommunale helsetjenester og kommunale sosiale tjenester**

Et av hovedgrepene i lovforslaget er at kommunene skal få et "sørge-for-ansvar" for helse- og omsorgstjenester. Begrepet "sørge for" pålegger kommunen ansvar for at tjenestene gjøres tilgjengelig for alle som har rett til å motta tjenester. "Sørge-for-ansvaret" er først og fremst en ansvars plassering. Det sier ingenting om innholdet i ansvaret, eller noe om hvilke tjenester ansvaret omfatter. Innføring av "sørge-for-ansvaret" for kommunale helse- og sosialtjenester vil derfor ikke utløse tjenester utover det som allerede framgår av eksisterende kommunehelsetjenestelov, sosialtjenestelov og pasientrettighetslov.

Fordi det er et mål at kommunehelsetjenesten skal overta oppgaver som i dag er en del av spesialisthelsetjenestens oppgaver er det viktig å få en likelydende ansvarsbeskrivelse. Det er derfor positivt at lovtekstene for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten harmoniseres.

Også for sosialtjenesten kan denne lovtekniske metoden fungerer godt, men det forutsetter at innholdet i tjenestene og kommunenes plikter defineres nærmere enn hva som gjøres i det foreliggende høringsdokumentet.

For å kunne sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester pålegges kommunene i den nye loven å iverksette systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevant lov og forskrift. Kommunene plikter å sørge for at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift.

Kommunene pålegges også å analysere og vurdere behovet for personell og kompetanse, og å legge planer for rekruttering og kvalitetsutvikling for til enhver tid å kunne levere forsvarlige og nødvendige tjenester.

Dette er presiseringer som forutsetter verktøy og tiltak som setter kommunen i stand til å oppfylle lov- og forskriftskrav. Gitt at de nødvendige forutsetningene er på plass vil en tydeliggjøring av kommunenes ansvar i og for seg være bra, men et ønsket resultat vil alltid avhenge av tilgang på supplerende virkemidler. FFO mener at de virkemidlene som skal understøtte samhandlingsreformen, deriblant det foreliggende lovforslaget og forslaget til ny helse- og omsorgsplan, ikke er tydelige nok. FFO mener videre at fravær av standarder og kvalitetskrav til tjenestene gjør at forslaget, slik det i dag foreligger, ikke er akseptabelt.

Intensjonen med det nye lovforslaget er at de oppgavene kommunene er pålagt etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal videreføres. Lovforslaget skal ikke medføre noen innskrenkning av de kommunale oppgaver i forhold til gjeldende rett. Men departementet understreker at de ikke ønsker å binde opp kommunene i særskilte organisatoriske og personellmessige løsninger, og de understreker at kommunene må stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester. Plikten til kommunene er å organisere tjenestene slik at de oppfyller lovens krav om forsvarlige tjenester.

FFO mener at slike formuleringer innebærer at staten ikke ønsker å gi noen klare føringer for utvikling av de kommunale tjenestene utover det som ligger innbakt i forsvarlighetsbegrepet - et begrep som åpner for ulike fortolkninger, fører til ulikheter fra kommune til kommune, og som i seg selv ikke er en garanti for likhet i tjenestetilbudet.

Kvalitet og forsvarlige tjenester

- **Begrepet forsvarlig tjenester må presiseres i forarbeidene til den nye loven**
- **FFO støtter Helsetilsynets syn på forsvarlighet slik det fremkommer i deres høringssvar til ny helse- og omsorgstjenestelov**

Det foreslås i lovforslaget å tydeliggjøre kommunens ansvar for å levere forsvarlige tjenester på samme måte som i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Departementet foreslår at det presiseres i loven at *"helse- og omsorgstjenester som tilbys og ytes i henhold til loven skal være forsvarlig"*. Videre foreslås det at loven presiserer at *"forsvarlighetsplikten forutsetter at kommunen tilrettelegger sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstilbud"*. Det foreslås å ta inn samme presiseringer i spesialisthelsetjenesteloven.

Det er bra at forsvarlighet tas inn i den nye loven, men det må vurderes i forhold til kommunenes evne til å levere kvalitativt gode tjenester. FFO mener at forsvarlighet må defineres på en tydelig måte. Det gjøres ikke i lovforslaget.

Departementet foreslår å legge Kunnskapssenterets definisjon av kvalitet til grunn: *"Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle standard"*.

Forsvarlighetsbegrepet tolkes i høringsnotatet som en angitt minstestandard for tjenestetilbudet og er ikke det samme som god kvalitet i henhold til overstående definisjon. I følge høringsnotatet skal internkontrollforskriften benyttes i det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet. Departementet foreslår at det gis en forskriftshjemmel knyttet til lovkravet om kontinuerlig kvalitetsforbedring, men at det ikke vil stilles krav til bestemt nivå for kvalitet. Det er en stor svakhet at lovgivningen kun angir retning for kvalitetsarbeidet og ikke fastsetter mer spesifikke krav.

Når det gjelder innholdet i begrepet "forsvarlige tjenester" vil FFO presisere at dette ikke må fortolkes som en nedre grense for kvalitet, men som et begrep som beskriver det som allment anerkjennes som god praksis. Vi viser for øvrig til Helsetilsynets høringssvar og deres drøfting av begrepsbruken og slutter oss til denne.

Koordineringsansvar

- **FFO ber om at det lovfestes en rett til en koordinator**

Utfordringen med dagens system med både en spesialisthelsetjeneste, en primærhelsetjeneste, samt en sosialtjeneste, er at brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester ikke får en helhetlig oppfølging. Tilbakemeldinger til FFO tyder på at mange med sammensatte behov fremdeles må koordinere sitt tilbud selv. Dette til tross for at det i forskrift er nedfelt organisering av koordinerende enhet og rett til individuell plan.

All erfaring viser at i de kommunene som satser på koordinerende enhet og individuell plan blir tjenestene bedre samordnet og koordinert. Det er derfor et paradoks at så mange kommuner ikke oppfyller den rettigheten som mange har til en individuell plan, og den plikten de har til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Mye av dagens press på spesialisthelsetjenesten skyldes til dels kommunenes manglende prioritering og tilbud innen habilitering og rehabilitering.

FFO har tidligere, blant annet i sin merknad til behandlingen av St.meld.nr. 47 (2008-2009) tatt til orde for at det lovforankres en rett til en koordinator.

FFO er positive til at systemarbeidet med individuell plan legges til koordinerende enhet. Dette fordrer dog at det må etableres en standard for størrelsen på og innholdet i koordinerende enhet. Dagens noe uoversiktlige ordning fungerer til dels svært dårlig. Dette skyldes både at koordinerende enhet er for liten, og at den ikke er organisert på overordnet ledernivå i kommunen. En fremtidig ordning hvor ansvaret for individuelle planer, herunder ansvaret for å oppnevne koordinatorene legges til koordinerende enhet, kan være positivt med tanke på at det kan etableres gode fagmiljøer og oppfølging av koordinatorrollen. Dagens ordning fører i mange kommuner til at rollen som koordinator oppfattes som en posisjon ingen vil ha.

Individuell plan

- **FFO er positive til å pliktfeste retten til en individuell plan**

I dag har alle mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette er en rettighet, og har som mål å gi bedre og mer samordnede tjenester, uten at den som trenger tjenestene selv skal koordinere alle de ulike etatenes hjelpeordninger. Det er imidlertid i dag et økende misforhold mellom det å ha rett, og det å få rett, noe FFO har påpekt gjentatte ganger.

FFO støtter derfor forslaget om at kommunene må få en plikt til å utarbeide individuell plan til de som oppfyller kravene til å få en slik. Videre har vi tidligere tatt til orde for at det er behov for mer kunnskap om ordningen. Henvendelser til FFO er tydelige i forhold til at det er liten og tilfeldig kunnskap om individuell plan i pleie- og omsorgssektoren. Dette gjelder særlig kunnskap om ulike trygdeytelser. FFO støtter derfor lovforslagets intensjon om målrettede informasjons- og opplæringstiltak.

FFO har en forventning om at individuell plan benyttes som metode for å sikre at alle som er avhengig av koordinerte tjenester har et godt organisert apparat rundt seg. Det innebærer at det å få en plan i seg selv ikke er tilstrekkelig. Det er en forutsetning at de innsatsene som planen beskriver også iverksettes og følges opp til beste for den enkelte bruker. At det foreslås at kommunene, på eget initiativ, skal vurdere om en bruker skal tilbys individuell plan kan være et bidrag til at tjenestene blir bedre samordnet og koordinert. FFO vil allikevel understreke at en individuell plan er brukerens plan som må utarbeides i tett samarbeid med brukeren.

Helsetjenester

Allment om helsetjenesteforslagene

Lovforslaget skal, bl.a. sammen med forslaget til ny helse- og omsorgsplan, legge forholdene til rette for gjennomføring av samhandlingsreformen. FFO savner mange helsepolitisk grep. Hvis flere pasienter skal behandles utenfor sykehus, og kronisk syke og mennesker med sammensatte helseproblemer skal få gode sammenhengende helsetjenester, må kommunehelsetjenesten bygges ut slik at alle kommuner kan tilby:

- nok fastleger med tid til også å hjelpe mennesker som lever med kroniske sykdommer, psykiske lidelser eller har sammensatte helseproblemer
- flerfaglig helsekompetanse på nye lokalmedisinske sentra, herunder en ny psykologtjeneste
- sykehjem med medisinskfaglig kompetanse som hindrer unødvendige sykehusinnleggelser
- gode lokalsykehustjenester som i tillegg til kvalifisert rehabilitering, oppfølging av grupper med ulike kroniske sykdommer, lokale lærings- og mestringssentra også tilbyr stabilisering, øyeblikkelig hjelp og eventuell viderehenvising til mer spesialiserte sykehus.
- nødvendig rehabilitering som øker funksjonsevne og hindrer unødvendig uføretrygd

Hvis dette helsetilbudet skal kunne etableres for alle landets innbyggere må følgende virkemidler tas i bruk:

- Det må vedtas en nasjonal sykehusplan som klart fastlegger hvor og hvilke tjenester som skal tilbys på ulike sykehus – også for lokalsykehusene som vil bli svært viktig for etablering av nye lokale helsetilbud
- Det må fastsettes nasjonale standarder for oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Standardene må legges til grunn for avtalene mellom kommuner og regionale helseforetak og det må selvfølgelig åpne for lokale tilpasninger
- Det må fastsette konkrete krav til faglig kompetanse i nye lokalmedisinske sentra. Kommuner som alene ikke kan etablere slike tilbud må pålegges å samarbeide med andre kommuner for å sikre befolkningen tilgang på slike helsetjenester
- Det må etableres flere fastlegehjemler og det må etableres et nytt psykologtilbud tilknyttet fastlegeordningen
- Det må stilles nye konkrete krav til medisinskfaglig kompetanse på sykehjem
- Det må etableres en ny finansieringsstruktur som setter kommunene økonomisk i stand til å utvikle og drive de nye lokalmedisinske tilbudene
- Kommunelegen må få en mer sentral rolle også i den kommunale administrative ledelsen

Faglige hensyn og hensynet til den enkelte pasients behov for god og sammenhengende behandling og befolkningens behov for tjenester, må prioriteres framfor hensynet til kommunalt selvstyre. En så omfattende helsereform krever målrettet styring og bruk av effektive nasjonale virkemidler. For pasientenes skyld er det avgjørende at de nye lokalmedisinske tilbudene etableres før helseforetakene avvikler sine. Allerede i dag ser vi eksempler på at helseforetakene tilpasser seg den nye ansvarsfordelingen ved for eksempel å skru av varmtvannsbassengene før kommunene har fått ansvar for disse. På den måten forsvinner et veldig viktig rehabiliteringstilbud til revmatikere og andre kronisk syke.

Forslaget til ny helse- og omsorgslov viderefører pasientenes rett til nødvendig helsehjelp slik det fremkommer i pasientrettighetsloven. Slik FFO ser det er lovforslaget først og fremst en tydeliggjøring av kommunenes overordnede ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester, ved at kommunene får et "sørge for" ansvar både for kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslaget innebærer ingen vesentlig endring i tjenestetilbudet til

pasientene. Den nye loven skal bidra til å understøtte samhandling. Det springende punkt i forhold til reguleringen av helsetjenestene er ikke de endrede lovformuleringene, men hvorvidt kommunene klarer å levere alle de tjenestene "sørge-for-ansvaret" pålegger dem.

For pasientene innebærer lovforslaget ikke store endringer i forhold til dagens kommunehelsetjenestelov. Lovforslaget må først og fremst vurderes som ett av flere virkemidler knyttet til samhandlingsreformen. Skal samhandlingsreformen bli vellykket må kommunene få tilgang på kraftfulle virkemidler og nødvendige ressurser.

FFO mener at lovforslaget på flere punkter er for upresist. Slik det fremstår nå er det et stort rom for tolkning av innholdet i de plikter og ansvar lov og forskrift gir. FFO mener at det legges opp til alt for stort rom til skjønnsmessig fortolkning av innhold og virkemidler i tjenestene.

Profesjonsnøytralitet

- **FFO krever at det stilles krav om tilgang på nødvendig helse- og omsorgspersonell og faglig kompetente tjenester i alle landets kommuner**
- **Om nødvendig må kommuner pålegges å samarbeide for å få dette til**

Lovforslaget tar til orde for en stor grad av profesjonsnøytralitet. Dette begrunnes med at det vil være uheldig ved lov å binde opp den enkelte kommune til særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger. Vi forstår at det for enkelte kommuner vil være bekvemt å ikke bli bundet opp til å levere et tilbud til sine innbyggere som stiler faglige krav til personellet. For de pasientene som trenger særskilt faglig kompetent bistand er dette ikke akseptabelt. FFO kan ikke støtte et slikt forslag.

Mange av kronikergruppene har behov for kvalifisert personell for at den helse- og omsorgstjenesten som ytes skal være forsvarlig. Det er, etter FFOs mening, ikke tilstrekkelig å vise til en generell forsvarlighet i tjenesten for gjennom det å forutsette at kommunen vil bemanne disse med kvalifisert helsepersonell.

Vårt standpunkt er ikke til hinder for at enkelte profesjonsbundne tjenester kan utføres av ansatte med annen primærkompetanse. Det er for eksempel selvfølgelig intet i veien for at en ufaglært kan hjelpe med støttestrømper selv om dette formelt sett er en oppgave for hjemmesykepleien.

På andre kommunale sektorer, for eksempel skole, plan- og bygning og barnehagesektoren stilles det strenge krav til formell kompetanse. FFO forstår ikke hvorfor profesjonsnøytralitet skal innføres som prinsipp i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Etablering av et forsvarlig tjenestetilbud krever faglig kompetent ledelse og forsvarlighet i alle ledd i tjenesten

Det må presiseres at "sørge for plikten" pålegger de kommuner som ikke er store nok til å utvikle et faglig tilfredsstillende tilbud blir lovmessig forpliktet til å inngå samarbeid med nabokommuner.

Forpliktende avtaler mellom kommuner og helseforetak

- **Det må utvikles mer utfyllende nasjonale krav til innhold i samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene**

Det foreslås å lovregulere samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak for å støtte opp om samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Det blir ikke gitt noen beskrivelse av hva disse samarbeidsavtalene skal inneholde, det skal kunne variere med utgangspunkt i lokale forhold. Men lovforslaget forplikter kommuner og foretak til å ha en avtale.

Avtalene skal, i henhold til høringsutkastet, baseres på likeverdighet mellom kommunene og helseforetakene. Erfaringer fra eksisterende avtaler er varierende, og tilbakemeldinger fra mange kommuner viser få spor av likeverdighet. Helseforetakene blir den dominerende part. Det vil ikke bli mye godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene dersom den ene parten dominerer den andre. Det er ikke gjennom lov en kan bestemme at det skal være likeverdighet og godt samarbeid, det handler om kultur, holdninger og ressurser. Det er derfor viktig at det legges stor vekt på utviklingen av samarbeidet.

FFO anbefaler at det utvikles nasjonale krav til innhold i disse samarbeidsavtalene.

Kommunesamarbeid

- **Kommuner som på grunn av lavt folketall eller av andre årsaker ikke evner å etablere det helse- og omsorgstilbudet loven pålegger dem, må pålegges å samarbeide med nabokommunene**

FFO frykter at dagens kommunestruktur gjør det vanskelig å gjennomføre intensjonene i samhandlingsreformen. FFO mener at det kreves større enheter for å kunne bygge opp et tjenestetilbud som imøtekommer ambisjonene i reformen. Mange av FFOs brukergrupper er avhengig av at tjenestetilbudet utvikles fra et langt større pasientgrunnlag enn det mange småkommunene har. Ideen om helsekommuner ble lansert tidlig i samhandlingsreformprosessen. FFO støttet ideen fordi dette ville organisere kommunene i enheter store nok, og med felles ansvar, til å levere forsvarlige helse- og omsorgstjenester på kommunenivå. Denne løsningen viste seg ikke å være politisk mulig. Isteden ble det lansert flere alternative samarbeidsmodeller.

Samhandlingsreformens største utfordringer er kommunens evne og vilje til forpliktende samarbeid om helse- og omsorgstjenester. Når flere tjenester skal overføres til kommunene er det helt nødvendig å finne fram til samarbeidsløsninger som setter alle kommuner i stand til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester og til å bygge opp robuste fagmiljøer. Det er foreslått ulike former for kommunesamarbeid: interkommunalt selskap, vertskommune- og samkommunemodell. Alle modellene forutsetter avgivelse av politisk beslutningsmyndighet fra den enkelte kommune til et styre som beslutter på vegne av de samarbeidende kommuner på nærmere definerte områder. Departementet mener at samarbeid mellom kommunene må skje på frivillig basis, dog slik at det i unntakstilfeller, der kommuner ikke har inngått samarbeidsavtaler, kan pålegges samarbeid dersom manglende samarbeid utgjør en risiko for at pasientene ikke får de helse- og omsorgstjenestene de etter loven har krav på. FFO mener dette blir en alt for generell bestemmelse som kan bli vanskelig å håndheve.

Til tross for at det finnes gode eksempler på kommunesamarbeid, er det få erfaringer om omfattende samarbeid om helsetjenester. Kommunesamarbeid på et område som helsetjenester utfordrer i stor grad kommunenes handlingsfrihet. Det krever avgivelse av beslutningsmyndighet til et overkommunalt organ som skal ha styring med en vesentlig del av en kommunes virksomhet. En slik omfattende myndighetsavgivelse vil utfordre det kommunale selvstyre i betydelig grad.

FFO mener at sentrale myndigheter er alt for optimistisk i troen på at samarbeid mellom kommunene vil skje naturlig ut fra egeninteresse. FFO ønsker et tydelig pålegg om samarbeid i lovverket. Pasientenes og brukernes behov for tjenester som krever at kommunenes samarbeider må komme foran alle andre hensyn.

Kommunelege

- **Kommunelegen må i loven gis en mer sentral rolle i den kommunale administrative ledelsen**

FFO mener at kommunelegen har en svært viktig funksjon i kommunehelsetjenesten. Denne funksjonen har ofte ikke blitt godt nok utnyttet. Små stillingsbrøker og uklar forankring bidrar til at kommunelegefunksjonen ikke utnyttes på en god nok måte. Kommunelegen skal være bindeleddet mellom kommunenes helsetjenester og de besluttede kommunale myndigheter. Kommunelegen er den som skal ha oversikt over den generelle helsetilstanden i kommunen og å gi råd til kommunenes ledelse og helsetjenesten om behov for tiltak og virkemidler.

Kommunelegens uklare forankring, og ofte begrensede stillingsbrøk, gjør det vanskelig å få denne funksjonen til å fungere god nok. Derfor er det nødvendig å tydeliggjøre kommunelegens forankring. FFO mener at kommunelegen må forankres i kommunenes ledelse for å kunne være tett på beslutningsprosessene. Videre må det sørges for at stillingsbrøken som kommunelegen har er tilstrekkelig for å kunne ha en sentral rolle i kommunehelsetjenesten.

Fastlegeordningen

- **FFO støtter forslaget om at det innføres nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til fastlegeordningen**
- **Antall fastlegehjemler bør økes med 2500 og hver fastlege skal ikke kunne ha mer enn 1 500 pasienter på egen liste**

Fastlegeordningen skal videreføres, men det foreslås en justering av fastlegeforskriften. Departementet foreslår å tydeliggjøre at fastlegeordningen er et kommunalt forankret offentlig tjenestetilbud – selv om helsetjenestene utføres og leveres av privatpraktiserende leger. I forslaget understrekes det at det er behov for mer styring av fastlegevirksomheten for å kunne få til god samhandling innad i kommunene og mellom kommunene og helseforetaket.

Departementet foreslår å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering og at disse kravene skal presiseres i en revidert fastlegeforskrift. Dette skal bidra til å sikre kommunal styring av fastlegene i tråd med nasjonale krav og prioriteringer.

Fastlegen vil i følge lovforslaget bli pålagt en proaktiv oppfølging av pasientene på egen liste. Det innebærer også hjemmebesøk til pasienter som ikke oppsøker fastlegen på eget initiativ.

FFO mener at det er viktig å tydeliggjøre kommunenes ansvar for å levere allmennlegetjenester. Det er også viktig å utvikle den fastlegeordningen vi har i dag, slik at den på en god måte kan ivareta tjenestene både til pasienter med mer omfattende og sammensatte tjenestebehov og til de pasienter som av ulike årsaker ikke oppsøker fastlegekontoret, men som har et uttalt behov for legetjenester.

For å videreutvikle fastlegeordningen i pakt med utviklingen i sykdomspanoramaet og den demografiske utviklingen, er det nødvendig å se på behovet for nye fastlegehjemler og for et listetak. Det trengs flere leger og kortere lister.

I 2008 leverte Helsedirektoratet en rapport om utviklingen av legetjenestene i kommunene. I denne rapporten ble det fremmet en rekke forslag blant annet om fastlegehjemler og listelengde. Arbeidsgruppen foreslo en opptrapping av fastlegehjemler med 2500 og et listetak på 1500 pasienter. Dette for å møte de fremtidige utfordringene i

kommunehelsetjenesten. Disse anbefalingene er, av grunner FFO ikke kjenner til, ikke tatt med i drøftingen av tiltak for å styrke legetjenestene i kommunene.

FFO mener at forslagene fra Helsedirektoratets rapport hadde vært viktige virkemidler for å øke tilgjengligheten til fastlegene samt at bedre tid ved konsultasjoner og til oppfølging av pasientene. FFO mener at direktoratets anbefalinger må inngå i utvikling av fastlegeordningen.

Nasjonal sykehusplan

- **Det må utvikles en nasjonal sykehusplan som klart og entydig fordeler oppgaver og ansvar mellom helseforetakenes store og små sykehus**

For å utvikle et sammenhengende tjenestetilbud må ansvar og oppgaver fordeles. Avtaler mellom kommuner, og mellom kommuner og helseforetak, tillegges stor betydning i lovforslaget. Men ett forhold omtales ikke: fraværet av en nasjonal sykehusplan. Før en slik plan foreligger vil mange kommuner oppleve det som fånyttet å innlede forhandlinger om samarbeidsavtaler med helseforetakene. Hvis man ikke vet hvilke sykehus som er aktuelle og hvilke helsetilbud disse sykehusene skal ha vil det bli vanskelig å utvikle hensiktsmessige samarbeidsavtaler.

Lokalsykehusene

- **En nasjonal helseplan må være på plass før en kan iverksette andre tiltak som forutsetter samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene**

Lokalsykehusenes rolle vil være viktig i realiseringen av samhandlingsreformen. Dette fordrer at lokalsykehusene i større grad innretter sine oppgaver mot de store pasientgruppene med kronisk syke og eldre. Dette er grupper som ofte har sammensatte behov, og det er derfor nødvendig å utvikle breddekompetanse på disse områdene.

Lokalsykehusene vil være en naturlig samarbeidspartner til kommunehelsetjenesten. Med et nært samarbeid mellom lokalsykehus og kommunene vil en kunne utnytte hverandres kompetanse på en god måte. Dette fordrer at det tas politisk grep for å utvikle lokalsykehusene i tråd med de behovene framtidens sykdomspanorama og demografi tilsier. Dessverre har diskusjonen om lokalsykehusenes funksjon druknet fullstendig i den opphetede debatten om fødetilbud og akuttkirurgi. Det er, etter FFOs syn, ikke den store utfordringen i utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Temperaturen i debatten har ført til at myndighetene ikke har klart å dreie debatten over på de viktigste utfordringene for helsetjenesten og lokalsykehusene som er tilbudet til de store pasientgruppene med kroniske sykdommer og eldre som ofte har sammensatte helseproblemer.

Lokalmedisinske sentra

- **Det må utarbeides nasjonale standarder for tjenestetilbudet på lokalmedisinske sentra på samme måte som det stilles kvalitets- og funksjonskrav til fastlegenes virksomhet**

Utvikling av lokalmedisinske sentra vil være en bærebjelke for en styrking av de kommunale helsetjenestene. Et lokalmedisinsk senter er tenkt å være en hjørnestein i samhandlingsreformen. Dessverre gis det få føringer på hva et lokalmedisinsk senter skal være. Dette betyr at kommunene fritt kan definere hva innholde skal være og hvilke tjenester som skal inngå i et slikt senter. FFO mener at det foreliggende lovforslaget er alt for svakt på dette området. Uten nasjonale standard vil det utvikles kommunale tjenester med svært ulikt innhold. Dette vil vanskeliggjøre samarbeidet med helseforetakene. FFO vil aldri kunne

akseptere at kommunenes ulike økonomiske situasjon og ulik tilgang på fagpersonale systematisk skal skape ulikhet i helsetilbudet til befolkningen. FFO mener at det bør utarbeides sentrale retningslinjer/krav til hvilke tjenester lokalmedisinske sentra må ha.

Kommuner som er for små til å utvikle et fullgodt tilbud må pålegges å samarbeide med nabokommunene.

Utskrivingsklare pasienter

- **Før ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra dag én effektueres, må kommunene få tid og penger for å etablere kvalitativt gode intermediære sengeplasser**

Det legges opp til at kommunene skal få et finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én for alle pasientgrupper. Kommunene skal få overført midler fra de regionale helseforetakene i forbindelse med dette ansvaret. Dette vil bli en utfordring fordi det vil kunne oppstå ulike vurderinger om utskrivningsklare pasienter er det samme som mottaksklare pasienter. Dette systemet forutsetter blant annet at kommunens kapasitet i forhold til intermediære plasser er tilstrekkelig utbygd.

Kommunal medfinansiering

- **Nye finansieringsordninger må etableres for å sikre tilgang på nødvendige midler til å utvikle helsetjenester uansett om de ytes av kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten**

Forslaget om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er ikke med i lovforslaget. I forhold til forslaget i St.meld.nr.47 Samhandlingsmeldingen som foreslo en generell medfinansiering, har departementet avgrenset medfinansieringsmodellen til å gjelde medisinsk innleggelse og behandling av somatiske sykdommer hos pasienter over 80 år, og medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling. FFO mener at det er høyst usikkert om dette virkemidlet vil ha en slik effekt som det er tiltenkt.

FFO mener at det må en mye mer robust finansiering til dersom ambisjonen er at eldre over 80 år og medisinske tilstander i langt større grad skal behandles i kommunehelsetjenesten. FFO mener derfor at det må vurderes andre økonomiske insentiver enn kommunal medfinansiering av medisinsk behandling av pasienter over 80 år.

Habilitering og rehabilitering

- **FFO ber om at lovforslaget følges opp med en forpliktende opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering som også inneholder øremerking av den økonomiske innsatsen**

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester inneholder ingen virkemidler for å realisere målene i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, som det blant annet vises til i Innst. 11 S (2010-2011) av flertallet i Helse- og omsorgskomiteen. Det er bred politisk enighet om at det er store samhandlingsutfordringer på feltet, og FFO har sammen med andre brukerorganisasjoner gjentatte ganger pekt på dagens udekte behov for habilitering og rehabilitering.

Verken den nasjonale strategien, eller forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, inneholder en beskrivelse av hvordan man skal nå målet om at alle som trenger et habiliterings- eller rehabiliteringstilbud skal få dette uavhengig av bosted, alder og

funksjonsnedsettelse. En tydeliggjøring og konkretisering av kommunens plikter er dessverre helt fraværende i det fremlagte lovutkastet.

Det er etter FFOs mening behov for en forpliktende økonomisk opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. I tillegg må det utarbeides en nasjonal og lokale handlingsplaner for habilitering og rehabilitering som blant annet kan omfatte:

- en kraftig økning i omfanget av rehabiliteringsinnsatsen
- kommunenes lovpålagte ansvar for habilitering og rehabilitering må følges opp med tilsyn og pålegg
- brukermedvirkning og likemannsbasert habilitering og rehabilitering i regi av funksjonshemmedes organisasjoner må stimuleres
- kvalitet og fagutvikling på området må stimuleres

FFO ønsker å påpeke at innsatsene på habiliterings- og rehabiliteringsområdet må handle om langt mer enn helsetjenester. Barn, unge og voksne som lever med funksjonsnedsettelser og kronisk sykdom har behov for et bredt spekter av tjenester. Disse tjenesteløsningene berører flere sektorer, for eksempel tiltak knyttet til oppvekst og familieliv, skole og utdanning, tilrettelegging av arbeid, deltakelse på sosiale arenaer og tjenester knyttet til egen bolig.

Pasientforløp

- **FFO ber om at det etableres pasientforløp som sikrer rett helsehjelp på rett sted til rett tid**

FFO mener at pasientforløpstenkingen er god som utgangspunkt for faglige og organisatoriske tiltak som kan bidra og understøtte nødvendig samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Allfor ofte oppleves det at det oppstår hull i behandlingsskjeden når brukerne har behov for tjenester fra ulike tjenesteytere. Dette bidrar til at mange ikke får de sammenhengende tjenester de har behov for. FFO mener at bruk av pasientforløp som faglig og organisatorisk basis, vil bidra til at brukerne får mer sammenhengende tjenester. Dette betyr at det er det helhetlige pasientforløp som må være hovedfokus i alle ledd, ikke bare deltjenestene, slik situasjonen ofte er i dag.

FFO mener at pasientforløp og brukernes behov skal være styrende for organiseringen. Å få dette til, vil kreve omfattende endringer og store tilpassninger både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Dette må altså knyttes opp mot en grunnleggende tenkning om at brukernes behov skal være styrende. FFO mener at de økonomiske insentiver må knyttes opp mot helhetlige pasientforløp og understøtte pasientforløpstenkingen.

Lærings- og mestringssentra på lokalt nivå

- **FFO ber om at det etableres lærings- og mestringssentra på lokalt nivå og at tjenesten lovfestes**

Læring og mestring er et viktig tiltak for mange brukere som lever med en kronisk sykdom. Det er etablert lærings- og mestringssentra ved alle helseforetak. Disse sentraene gir tilbud til pasienter som har fått ny diagnose og behandling på sykehuset og som har behov hjelp til å mestre sin nye livssituasjon. Men det er også behov for lærings- og mestringssentra som har fokus på hverdagen. FFO stiller seg derfor positiv til at det i Samhandlingsmeldingen foreslås at det etableres lærings- og mestringstiltak lokalt. FFO understreker imidlertid at etablering av lærings- og mestringstilbud lokalt ikke må føre til et redusert tilbud ved helseforetakene.

Et lokalt lærings- og mestringstilbud må ha kompetanse om mestring av hverdagslivet for store pasientgrupper. Disse tilbudene vil derfor ikke kunne erstatte det tilbudet som helseforetakene må ha for eksempel til nydiagnostiserte pasienter. Helseforetakenes lærings- og mestringstilbud må bygge på den brede kompetanse helseforetakene har og i tillegg ivareta tilbudet til for eksempel grupper som har sjeldne sykdommer og som krever spesialisert kompetanse. FFO vil derfor tydelig understreke nødvendigheten av at tilbudet ved sykehusene opprettholdes.

FFO ser samtidig muligheten for at lokalsykehusene kan bli viktige enheter for lærings- og mestringsarbeid til ulike kronikergrupper. FFO mener dette tilbudet kan bygges opp i nært samarbeid med kommunene og at det også må baseres på kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten. På denne måten kan kronikergrupper som i dag ikke får et tilstrekkelig lærings- og mestringstilbud hjelpes til å mestre egen sykdom og sitt eget liv.

FFO vil vise til NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste" der et samlet utvalg foreslår å rettighetsfeste retten til pasientopplæring i pasientrettighetsloven. FFO mener dette er et viktig godt forslag både helsemessig og samfunnsøkonomisk. En slik lovfestet rett kan medvirke til at de som har et behov for opplæring får det de trenger og at helsetjenesten forpliktet til å etablere slike tilbud.

Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling og etablering av helseregister

- **FFO forutsetter at pasienters og brukeres personvern og integritet ivaretas og sikret i de elektroniske verktøy som tas i bruk og i alle helseregistre som etableres**

Bedre samhandling i helsetjenesten forutsetter elektroniske verktøy som understøtter samhandling. FFO mener det er et ufravikelig krav at personvernet skal ivaretas i de elektroniske verktøy som tas i bruk. Når helseopplysninger utveksles mellom aktører i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten mener FFO at ivaretagelsen av personvernet må vies årvåken oppmerksomhet slik at informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger sikrer pasientens integritet. Høringsnotatets understreking av at opprettelsen av kjernejournal vil innebære at pasienten i større grad skal involveres og delta, skal kunne se innholdet i kjernejournalen og eventuelt sperre opplysninger; er avgjørende faktorer i et kjernejournalssystem.

Det er helt avgjørende for å opprettholde befolkningens tillit til helsemyndigheter og til helsetjenesteforskning at pasienters velferd og integritet ivaretas. Dette er dessuten avgjørende for å unngå diskriminering på grunnlag av arveanlegg i et perspektiv der genetiske data i stadig større grad fremskaffes og blir en integrert del av pasientens helseopplysninger.

Ved etableringen av nasjonale helseregistre er det en rekke hensyn som må ivaretas og FFO mener at en kombinasjon av pseudonyme sentrale helseregistre med reservasjonsrett og samtykkebasert personidentifisering langt på vei kan ivareta disse hensynene. F eks kan navn og fødselsnummer fjernes effektivt og uten store kostnader og deltakere som føler at deres eller familiemedlemmers integritet ikke er ivaretatt, kan reservere seg. Det kan bygges opp et kompetansemiljø uavhengig av de store registrene som kan fungere som tiltrodd pseudonymforvalter og også bidra til kontroll og mulige deltakere til forskningsprosjekter kan kontaktes via tiltrodd pseudonymitetsforvalter sammen med behandlende enhet. Dette kan redusere risikoen for at Norge ikke etterlever norsk lov og inngåtte avtaler knyttet til personvern.

Det er pr i dag uklart hva Stortingets krav om intern kryptering av sentrale helseregistre innebærer. FFO mener dagens situasjon med at ingen har oversikt over hvor mange som har tilgang til både helseopplysninger og navn/personnummer før registeret eventuelt blir internt kryptert – er helt uholdbart.

I en situasjon der tilgangen til genetiske opplysninger og sensitive helseopplysninger registreres i stadig større omfang, er det vesentlig å etablere ekstra sikkerhetssystemer for denne type informasjon slik at ulike aktører utenfor helsetjenesten ikke får tilgang (forsikringsbransjen, arbeidsliv osv). FFO mener f eks at bioteknologilovens krav om samtykke for bruk av genetiske opplysninger om sykdomsdisposisjon er helt vesentlig i forhold til forskning sammen med forbudet mot bruk av opplysningene av andre enn helsepersonell for bruk i diagnostisk og behandlingsmessig øyemed. Dette er krav som må videreføres.

FFO stiller seg tvilende til i hvilken grad ønsket om komplette og personidentifiserbare norske sentrale helseregistre, der alle skal registreres uten samtykke eller reservasjonsrett, kan begrunnes i faktiske nasjonale behov for forskning, kvalitetssikring, administrasjon, planlegging og styring av helsetjenesten. Det er hevet over tvil at den store satsingen på helseregistre, biobanker og bioteknologi som myndighetene legger opp til vil, vil kunne gi viktige bidrag til fremtidens helsetjeneste. FFO mener imidlertid at denne satsingen må gjennomføres på en måte som er robust både juridisk, teknologisk og ikke minst personvernmessig.

FFO mener helseregisterlovens krav om grunnleggende personvern hensyn må være utgangspunktet når registerform skal diskuteres og ikke registerets behov for å gjennomgå de registrertes journal, eller muligheten til å ta kontakt med de registrerte direkte dersom helsetjenesten ikke leverer opplysninger av så god kvalitet som registeret ønsker. Heller enn å velge en personverninnngripende form for helseregistre, mener FFO det må legges ressurser i kvalitetssikring av de medisinske journalene som jo også vil være et gode for pasientene i den medisinske behandlingen.

Sosiale tjenester

Anvendelse av pasientrettighetsloven

- **Pasientrettighetslovens tittel og formålsparagraf må endres**
- **Definisjonen av begrepene "bruker" og "pasient" må klargjøres**
- **Pasientrettighetsloven må tilpasses for sosiale tjenester**

Det foreslås at pasientrettighetsloven skal bli en rettighetslov også for brukere, det vil si mottakere av det vi i dag kaller sosiale tjenester. I all hovedsak foreslås det å bruke ordlyden "pasient og bruker" i stedet for bare pasient, slik at bestemmelsene som i dag gjelder for pasienter, i fremtiden også skal gjelde brukere av sosiale tjenester.

FFO mener forslaget er lite gjennomarbeidet og lite hensiktsmessig. For det første må pasientrettighetslovens formålsparagraf § 1-1 endres når loven skal gjelder også for mottakere av sosiale tjenester.

Videre er definisjonen av "bruker" og "pasient" uklar, og FFO ber om at departementet vurderer en mer tilgjengelig og egnet definisjon – se Helsetilsynets uttalelse på dette området.

De fleste bestemmelsene er utformet med særskilt tanke på mottakere av helsehjelp og det gir ikke mening å anvende enkelte av disse reglene for mottakere av sosiale tjenester, for eksempel § 4-9. Når det gjelder medvirkningsbestemmelsen, innebærer dette en alvorlig svekkelse av gjeldende rett for brukere av sosiale tjenester, se eget avsnitt nedenfor om dette.

FFO er enig i at noen av bestemmelsene, for eksempel om journalinnsyn og samtykke, kan ha en viss overføringsverdi. Samtykkereglene mister imidlertid noe av sin betydning ettersom tildeling av helse- og omsorgstjenester/sosiale tjenester i de fleste tilfeller skal skje etter søknad og påfølgende saksbehandling etter forvaltningsloven.

Det kan argumenteres for at enkelte regler for pasienter og mottakere av sosiale tjenester bør utformes likt. Men FFO mener at ulikhetene er så store at pasientrettigheter for mottakere av sosiale tjenester bør ivaretas særskilt, for eksempel i et eget kapittel i loven.

Lovens tittel må også endres slik at tittelen viser at loven også handler om brukere, det vil si mottakere av sosiale tjenester. Mottakere av praktisk bistand og andre sosiale tjenester er ikke nødvendigvis pasienter.

Brukermedvirkning

- **Dagens bestemmelse om medvirkning på sosialtjenestelovens område må videreføres. Brukermedvirkningen på individnivå må ikke svekkes**

Når det gjelder brukermedvirkning på sosialtjenestelovens område er gjeldende rett at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten og det skal legges stor vekt på hva klienten mener.

Forslaget om medvirkning i den nye loven gir en klart svakere prosessuell rettighet enn det som gjelder for sosiale tjenester i dag. Medvirkningsbestemmelsen som foreslås viderefører pasientrettighetslovens bestemmelse som i dag gjelder på helseområdet. Det vil si at bruker kun skal medvirke ved gjennomføringen av tjenesten. Det er imidlertid stor forskjell på det å medvirke til kortvarig helsehjelp, for eksempel den helsehjelp en fastlege yter i en klinisk situasjon, og det å medvirke når det gjelder sosiale tjenester. Sosiale tjenester er ofte

langvarige tjenester som skal sikre selvstendighet og et aktivt liv. Sosiale tjenester handler om mulighet til å få leve sitt eget liv. Retten til medvirkning bygger på respekt for den enkeltes autonomi og integritet, og er en forutsetning for at tjenester tilpasses den enkeltes behov. Retten til medvirkning, og at medvirkningen faktisk blir tillagt vekt, er helt avgjørende da det i de aller fleste tilfeller er den enkelte bruker eller pårørende som best kjenner behovet og som dermed har best forutsetninger for å mene hva som passer for seg.

Det nye forslaget sikrer at man blir hørt, men ikke at det man sier faktisk får innvirkning på resultatet. FFO mener det er betenkelig at hensynet til det kommunale selvstyret vinner frem på bekostning av hensynet til brukermedvirkning på individnivå. Formålet med den nye loven skal blant annet være å sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. For at dette formålet skal bli oppfylt er det svært viktig å ha bestemmelser som sikrer reell brukermedvirkning.

På bakgrunn av dette mener FFO at regelen i sosialtjenesteloven § 8-4 må videreføres.

Inngangsvilkår og innhold i tjenesten

- **Begrepet "omsorgstjenester" er lite dekkende – begrepsbruken må drøftes**
- **Loven må få en bestemmelse om hvem som har krav på nødvendige sosiale tjenester**
- **FFO er kritiske til at det foreslås en lovregulering som i mindre grad lister opp konkrete sosiale tjenester**
- **Opplistingen av tjenester i lovforslagets § 3-2, 1. ledd, nr. 6 Andre helse- og omsorgstjenester, må presiseres**
- **Tilgang på sosiale tjenester må sikres også i akutte situasjoner**

Departementet foreslår at begrepet "omsorgstjenester" erstatter det som i dag kalles "sosiale tjenester". FFO mener "omsorgstjenester" er snevrere enn begrepet "sosiale tjenester" og at det nye begrepet ikke er dekkende for å beskrive hva slags tjenester det dreier seg om. FFO mener det er unaturlig å definere praktisk bistand som en omsorgstjeneste. Også når det gjelder avlastning er begrepet "omsorgstjeneste" lite dekkende. Avlastning innvilges ikke for å gi omsorg til bruker, men av hensyn til den som har særlig tyngende omsorgsoppgaver for at vedkommende skal få en pause fra omsorgsarbeidet og dermed hindre utmatting. FFO mener at begrepet "sosiale tjenester" bør beholdes.

FFO foreslår derfor at den nye loven navngis som "Lov om kommunale helse- og sosialtjenester - Helse og sosialtjenesteloven i kortform, og at tjenestene benevnes deretter.

Departementet foreslår å lovfeste en rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Med dette foreslås å oppheve den nåværende bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 4-3. Det heter i denne bestemmelsen at *"de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d"*.

Gjeldende rett er at kommunen først må ta stilling til om vedkommende har krav på en eller annen form for hjelp. Det betyr at kommunen først må vurdere, og ta stilling til, om personen det gjelder ikke kan dra omsorg for seg selv eller er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Deretter skal det tas stilling til hvilken form for hjelp som er mest hensiktsmessig.

Erfaringer FFO har fra FFOs Rettighetssenter er at mange kommuner allerede i dag hopper over vurderingen i sosialtjenesteloven § 4-3. De går rett på vurderingen av om søker kan innvilges en av tjenestene i sosialtjenesteloven § 4-2 a- d. Eksempelvis har FFO erfart at kommuner finner at det ikke er hensiktsmessig å innvilge BPA, uten å ta stilling til om vedkommende faktisk har krav på hjelp etter § 4-3. Dette er feil rettsanvendelse. Det er klart

at hvis kommunen først kommer til at inngangsvilkårene i § 4-3 er oppfylt, har vedkommende krav på minst en av tjenestene i § 4-2 bokstav a-d.

Inngangsvilkåret som foreslås er videre skjønnsmessig og uklart. Dette åpner for ulike tolkninger og FFO frykter at dette vil føre til ulik praksis kommunene imellom, ikke minst hvis klageinstansen ikke skal kunne fatte nytt vedtak med bindende virkning for kommunen. FFO er redd for at man mister en viktig vurdering hvis man fjerner sosialtjenesteloven § 4-3 uten å erstatte den av en tilsvarende bestemmelse. Man mister vurderingen av hvem det er som faktisk har krav på nødvendige sosiale tjenester og det blir vanskelig å identifisere hvem som har et rettskrav på en tjeneste. Dette innebærer en fare for rettssikkerheten og er svært uheldig. FFO mener det bør videreføres en bestemmelse om hvem som har krav på sosiale tjenester.

Det foreslås en lovregulering som i mindre grad enn i gjeldende lov lister opp kommunens konkrete tjenester/oppgaver i lovteksten. Det uttales at lovforslaget ikke skal medføre noen innskrenkning av kommunale oppgaver i forhold til gjeldende rett, men at loven kun skal angi rammene for kommunenes ansvar. Departementet ønsker med dette å legge til rette for at kommunen skal kunne stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere tjenestene i samsvar med lokale forhold og behov. Departementet mener at dette skal legge til rette for et helhetlig og integrert tjenestetilbud for den enkelte bruker, altså et mer fleksibelt system.

FFO ser at det kan være behov for å gjøre tilpasninger i tjenestetilbudet ut fra lokale forhold, og ser at en slik opplisting som foreslått, vil gjøre det mer fleksibelt for kommunene. FFO mener imidlertid at en slik opplisting vil gjøre situasjonen mindre forutsigbar for brukerne da det ikke er klart hva tjenesten skal inneholde. Den foreslåtte beskrivelsen av tjenestene vil gi rom for at tjenestetilbudet som ytes blir svært ulikt fra kommune til kommune. FFO frykter også at en slik løsning kan gjøre tjenestetilbudet mindre fleksibelt for brukerne dersom kommunen prioriterer enkelte tjenestetilbud fremfor andre, eller velger standardiserte løsninger. Vi er blant annet bekymret for at støttekontakt ikke lenger skal være en egen tjeneste, men innlemmes i kategorien personlig assistanse. Vi frykter at når kommunen selv kan velge hvordan tjenesten skal organiseres, risikerer man at tjenesten forsvinner eller at kommuner kun organiserer støttekontakt i gruppe og ikke individuelt. Hvis kommunen velger støttekontakt i gruppe som standardløsning, vil ikke personer som har behov for individuell støttekontakt bli ivaretatt. FFO mener det er viktig at kommunen gjør individuelle vurderinger i hver enkelt sak slik at grupperettede tilbud ikke erstatter individrettede tilbud for de som trenger det. Det er behov for begge deler.

Selv i dag, hvor opplistingen er forholdsvis detaljert, får FFOs Rettighetssenter henvendelser fra brukere som opplyser at de har søkt om en lovfestet tjeneste, for eksempel brukerstyrt personlig assistanse, men får beskjed fra kommunen at et slikt tilbud ikke finnes i kommunen. Andre eksempler fra Rettighetssenteret er at kommuner innfører aldersgrenser for støttekontakt eller på generelt grunnlag ikke innvilger privat avlastning.

FFO finner det videre problematisk at opplistingen av underkategoriene til lovforslagets § 3-2, 1. ledd, nr. 6, Andre helse- og omsorgstjenester, sier lite om hva slags type hjelp det dreier seg om og ikke er gjensidig utelukkende. FFO mener at tjenestene må presiseres og at sosialtjenestelovens § 4-3 bør videreføres.

Slik tjenesten er beskrevet i høringsnotatet kan hjemmetjenester innbære alle mulig tjenester som ytes i eget hjem, herunder både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Heldøgns tjenester i eget hjem beskrives som tjenester som ytes 24 timer i døgnet i eget hjem. Personlig assistanse blir ikke definert ut fra omfang eller hvor assistansen ytes, men ut fra hvem som yter den og kan innebære både tjenester i eget hjem og utenfor eget hjem. Som eksempler nevnes både praktisk bistand, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, støttekontakt og BPA. Hjemmehjelp og hjemmesykepleie nevnes altså som eksempler på tjenester som kan ytes etter både bokstav a), b) og c). Dette fremstår som uklart og lite hensiktsmessig. Videre

savner vi særlig en fremheving av tjenesten "praktisk bistand". Vi mener at denne tjenesten må fremheves og fremkomme eksplisitt i opplistingen i lovforslagets § 3-2.

Videre mener FFO at det i enkelte situasjoner kan oppstå akutte situasjoner, som krever at det settes inn umiddelbare tiltak i form av omsorgstjenester/sosiale tjenester fra kommunens side. FFO mener at mottakere av sosiale tjenester ikke kan ha dårligere rettigheter på dette området. På samme måte som Helsetilsynet mener FFO derfor at brukere må sikres en rett til omsorgstjenester/sosiale tjenester i akutte situasjoner. I det minste må sosialtjenestelovens § 8-7 videreføres.

FFO er også skeptisk til at bestemmelsene i gjeldende sosialtjenestelov om at brukere skal få bistand til å løse sosiale problemer fjernes. Vi støtter også Helsetilsynets forslag om at plikten til å gi opplysning, råd og veiledning i bred forstand videreføres, og at det bør være en egen bestemmelse om dette som bl.a. sikrer bistand til mennesker som pga kognitive brister eller psykiske lidelser, permanent eller tidvis, ikke evner å ta vare på seg selv og sine egne interesser.

Brukerstyrt personlig assistanse

- **FFO krever at retten til å velge helse- og omsorgstjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA) lovfestes**

Departementet går i høringsnotatet mot Regjeringens forslag fra 2007 om rett til brukerstyrt personlig assistanse som alternativ til ordinære kommunale hjemmetjenester. All tenkning omkring målene om full deltakelse og likestilling, om brukermedvirkning og rett til å påvirke egen livssituasjon, tilsier at de som ønsker offentlig tildelte tjenester organisert som BPA selv må kunne bestemme dette. FFO kan ikke skjønne hvorfor politiske myndigheter og fagfolk skal ha makt og myndighet til å nekte mennesker å benytte BPA-ordningen når dette ikke påfører stat og kommune ekstra utgifter.

Den argumentasjon som i høringsnotatet benyttes for å underbygge departementets standpunkt er dels forunderlig og dels feilaktig. Det påstås at innføring av rett til selv å velge BPA:

- vil privatiserer tjenestetilbudet

Argumentet faller på sin egen urimelighet. Det kan da ikke være negativt at det mest private et menneske har forblir privat. Problemet med de kommunale hjemmetjenestene er at de er avprivatisert. De kommunale tjenestene det her er tale om skal sette den enkelte i stand til å håndtere dagligdagse oppgaver. Noen vil også ha behov for bistand med intimhygiene og personlig stell. BPA gjør det mulig å få kontroll over egen hverdag, mulighet til selv å bestemme hvordan dagen skal se ut og hvem som skal hjelpe deg. Et utall av stadig skiftende kommunale hjemmetjenestearbeidere gjør det umulig å privatisere det alle ønsker å holde mest mulig privat.

- gjøre kvalitetskontroll og innsyn vanskeligere

Ingen andre tjenesteområder som inngår i den kommunale ansvarssfære er så åpen og godt kontrollert som et BPA-tilbud. Når tjenestemottaker også er bestiller og arbeidsleder vil tjenesten være fullt belyst og kontrollert av den beste av alle kontrollører.

Når det gjelder BPA til barn og mennesker med kognitiv svikt må det etableres tilsyns- og kontrollordninger som sikrer god kvalitet på tjenestene. Innsparinger som skyldes manglende behov for kontroll av det store flertall ordinære BPA-ordninger kan benyttes til dette.

- fører til økte kostnader

Kravet om rettighetsfesting av BPA handler utelukkende om rett til selv å bestemme om allerede tildelte bistandstimer skal organiseres som BPA. Diskusjonen om omfanget på

bistand til ulike grupper og enkeltpersoner er en helt annen diskusjon og hører ikke hjemme her. Kostnadene til en times bistand er den samme uansett hvordan bistanden ytes. Argumentet er feil.

- fører til økte administrative kostnader

Argumentet er åpenbart feil. Som bruker av BPA er du selv, eller en i din familie, arbeidsleder og en står selv ansvarlig for å planlegge dagen, uken og måneden. BPA bidrar derfor til å redusere kommunenes administrative kostnader. Det å organisere kommunale hjemmetjenester til personer som trenger mer enn noen få timers assistanse i uken kan være en omfattende oppgave for den kommunale hjemmetjenesteadministrasjonen.

- tar omsorgsressurser fra pleie- og omsorgssektoren

Også dette argumentet er direkte feilaktig. Mange av de som jobber som assistenter i BPA-ordningen er for eksempel studenter som ønsker en fleksibel arbeidstid, noe BPA-ordningen gjør mulig, og som aldri ville tatt arbeid i den ordinære pleie- og omsorgssektoren. BPA-ordningen tilfører arbeidskraft til sektoren – stjeler ikke – og gjør dermed pleie- og omsorgssektoren med bærekraftig.

- gir økt personellbehov

Retten til selv å kunne velge BPA handler ikke om rett til å kreve eller ønske mer bistand. Argumentet om at det over tid vil gi økt personellbehov fordi ”deling av personell mellom flere brukere er vanskelig” når tjenesten knyttes til en person, er derfor like feilaktig som argumentene brukt over.

- vil føre til at flere velger BPA

Det tror FFO også. Fordi BPA av mange oppleves som et svært godt alternativ til kommunale hjemmetjenester. FFO forstår ikke hvorfor departementet i denne saken lytter mer til kommunale politikere og ansatte i kommunesektoren enn brukere– og hvorfor departementet mener at politikere og ansatte i kommunesektoren skal bestemme over enkeltmenneskers privatliv.

Dagtilbud

- **FFO krever at retten til dagtilbud må lovfestes**

Dagtilbud til utviklingshemmede, mennesker med psykiske lidelser og andre som har behov for et sosialt fellesskap, et sted å være, noe spennende og gjøre, utenfor eget hjem er en svært viktig del av et kommunalt helse- og sosialtjenestetilbud. Slike tjenester er ikke lovfestede, og vil ofte være de første som rammes i økonomiske nedgangstider. FFO mener at kommunenes plikt til å sørge for at det finnes gode dagtilbud til mennesker som ikke har et arbeid å gå til må innarbeides i loven.

Med vennlig hilsen

FUNKSJONSHEMMEDES FELLESGRUPPE

Knut Magne Ellingsen/s
Leder


Liv Arum
Generalsekretær