

18.1.2011

**Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO**

HØRINGSUTTALELSE – FORSLAG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Vi viser til departementets høringsbrev av 18.10.10, med høringsfrist 18.1.11. Landets pasient- og brukerombud avgir høringsuttalelsen til lovforslaget.

1. Innledning. Hovedinntrykk.

Pasient- og brukerombudene finner at det foreliggende forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ikke ivaretar pasientenes og brukernes rettssikkerhet i tilstrekkelig grad. Det gir større rom for skjønn og lempes på sentrale saksbehandlingsregler til gunst for forvaltningen. Vi går sterkt imot forslaget om å fjerne klageinstansens adgang til å treffe nytt vedtak, og vi vil herunder påpeke at forvaltningsloven må gjøres gjeldende i langt større grad enn det som fremgår av forslaget.

Det fremgår at målsettingene med forslaget i store trekk samsvarer med Bernt-utvalgets mandat (NOU 2004:18): Å gjøre regelverket lettere å bruke for både tjenestemottaker og tjenesteyter, samt å bidra til mer effektiv samordning av, og samhandling mellom, de ulike tjenestene. Vi finner imidlertid at forslaget er blitt lite brukervennlig. Det er i stor grad preget av bestemmelser om organisering og ansvarsfordeling innenfor forvaltningen, men er utydelig med hensyn til sentrale forhold for pasienter og brukere, som blant annet hvilke tjenester som kan tilbys og vilkårene for å få tjenestene.

Forslaget innebærer en klar retningsendring, da det i realiteten vil medføre at lov om sosiale tjenester integreres i helselovgivningen. Etter vår oppfatning vil forslaget bidra til at vesentlige hensyn og behov som i dag ivaretas gjennom sosialt arbeid og sosiale tiltak blir fortrent. Vi finner for eksempel at brukere som er i en vanskelig livssituasjon, men som likevel har et mindre omfattende eller tidsavgrenset hjelpebehov, synes glemt i vesentlige deler av forslaget.

2. Sammendrag.

- Løsningene som er valgt i høringsnotatet for å tilpasse sosialtjenesteloven i forhold til helselovgivningen medfører en fare for at det utvikles helserettslige innfallsvinkler på sosialfaglige problemstillinger. De hensyn og behov som de sosiale tjenestene skal ivareta og bygge på, blir satt i bakgrunnen, og departementet må etter vår mening revurdere lovforslaget i et sterkere sosialfaglig perspektiv.
- Lovforslaget fremstår som et fragmentarisk regelverk uten tilstrekkelige henvisninger, presiseringer og begrepsavklaringer, og er derfor lite brukervennlig.

- Vi foreslår at det innarbeides ny § 2-4 i forslag til helse- og omsorgstjenestelov, som spesifiserer forholdet til pasientrettighetsloven.
- Det nærmere innholdet av enkelte tjenester i forslaget § 3-2 må presiseres med hensyn til formål, innhold og pasient- og brukerrettigheter, noe som blant annet gjelder "personlig assistanse", samt sontringen mellom "hjemmetjenester" og "heldøgnstjenester i eget hjem".
- Vi finner at forslag til § 3-2 nr. 6 bokstav a og b må presiseres, for eksempel i egen forskrift. Dette må omfatte boligens/institusjonens formål og innhold, samt forhold som angår beboernes rettssikkerhet.
- Det må foreligge plikt til å gi skriftlig underretning og begrunnelse (enkeltvedtak) ved tildeling av eller avslag på samtlige av de tjenester som følger av forslaget § 3-2 nr. 6 bokstav a-d, samt §§ 3-7 og 3-9, uavhengig av hjelpebehovets varighet. Høringsnotatet inneholder utilstrekkelige retningslinjer og holdepunkter i forhold til vurderingen av hvilke tjenester som skal utløse enkeltvedtakspunkt og den foreslåtte tidsavgrensningen på to uker.
- Pasient- og brukerombudene registrerer at klageordningen som følger av gjeldende kommunehelsetjenestelov § 2-4 foreslås avvirket. Vi stiller oss bak dette forslaget.
- Forslag til ny § 7-6 første ledd i pasientrettighetsloven innebærer en betydelig svekkelse av den klagende parts rettigheter. Forvaltningsloven må gjelde, uten innskrenkninger.
- Departementet foreslår i § 7-6 andre ledd å avskjære klageinstansens omgjøringsadgang. sterkt uenige i dette forslaget, som innebærer en betydelig begrensning både av klageinstansens kompetanse og den enkeltes rettssikkerhet.
- Når det gjelder spørsmålet om valg av klageinstans, stiller vi oss bak departementets argumentasjon i høringsnotatet. Vi kan ikke se at det er avgjørende om man velger Helsetilsynet eller Fylkesmannen som klageinstans, men forutsetter at den fremtidige klageinstansen har nødvendig kompetanse og ressurser til å forvalte funksjonen.
- Vi mener at forslaget til ny § 2-1a i pasientrettighetsloven må presiseres, slik at det klart fremgår at de som har behov for helse- og omsorgstjenester har krav på nødvendig hjelp med forsvarlig standard, samt at det skal foretas en individuell behovsvurdering.
- Ved mekling før avtaleinngåelse mellom kommuner og regionale helseforetak, jf. forslag til helse- og omsorgstjenestelov § 6-5, bør det etableres et partssammensatt meklingsorgan for å skape balanse mellom partene.
- Vi har ikke innvendinger mot at det opprettes en koordinatorfunksjon for pasienter med komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester, samt en koordinerende enhet ved helseforetaket.
- Gjeldende forskrift om pasientansvarlig lege må videreføres, og det bør herunder vurderes om det skal tas grep for å styrke og tydeliggjøre ordningen.
- Vi foreslår at meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 sendes til både Kunnskapssenteret og Helsetilsynet. Noe må gjøres for å få til en kulturendring og en lavere terskel for innsending av meldinger, men samtidig finner vi det nødvendig at de regionale helsetilsyn fortsatt skal motta den informasjon som ligger i slike meldinger.
- Dersom det skal etableres et kommunalt tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, taler hensynet til lik praksis i kommunene og pasientenes rettssikkerhet for at tilbudet blir lovregulert.

3. Hovedelementer i forslaget. Samhandlingsreformen. Retningsendringer.

Vi registrerer innledningsvis at forslaget i hovedsak bygger på at gjeldende rett skal videreføres når det gjelder tjenestetilbudet som per i dag følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 og

sosialtjenesteloven § 4-2, herunder det materielle innholdet. "Tjenestemenyen" i gjeldende lover er samlet i forslaget § 3-2, mens enkelte tjenester er særskilt regulert (forslagets §§ 3-7 til 3-10).

Lovforslagets hovedelementer er for det første en felles regulering av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester (kapittel 3 og delvis kapittel 5). Videre er det fastsatt forsvarlighetskrav til tjenestene, og disse er plassert på systemnivå (kapittel 4). Siste hovedelement er bestemmelser om samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak (kapittel 6 og delvis kapittel 7).

I den senere tid har samhandlingsreformen vokst frem som aktuelt virkemiddel for å sikre samordning og samhandling mellom tjenestenivå innenfor helsesektoren. Reformen skaper åpenbart behov for å lovregulere samhandling og ansvarsfordeling. Vi ser det som hensiktsmessig at dette knyttes til lovverket som regulerer de tjenestene som det skal samhandles om. Samtidig er det foreslått at sentrale brukerorienterte bestemmelser, som blant annet vilkårene for å få rett til tjenester og tiltak, skal inntas i pasientrettighetsloven, men uten at dette er tilstrekkelig tydeliggjort i lovutkastet. Forslaget fremstår derfor som et instrument som i første rekke skal trekke grenser mellom virksomhetene innen helse- og omsorgssektoren.

Forslaget innebærer betydelige endringer i reglene om saksbehandling og klage, samt forslaget om å endre ordlyden med hensyn til hvem som har krav på "sosiale" tjenester, jf. gjeldende § 4-3 i sosialtjenesteloven, som foreslås erstattet med ny § 2-1a i pasientrettighetsloven. Vi kommer tilbake til spørsmål om rettssikkerhet i eget punkt nedenfor.

Vi vil bemerke at forslaget inneholder betydelige strukturelle endringer med et fremtredende helseperspektiv, og i realiteten innebærer dette at sosialtjenesteloven tilpasses helselovgivningen. Dette representerer etter vår oppfatning en klar retningsendring. Målet om en felles lov har naturlig nok utløst behov for tilpasninger, blant annet med hensyn til vilkår for å motta tjenestene, saksbehandling/klage og personelle bestemmelser. De løsningene som er valgt kan imidlertid innebære en fare for at det utvikles en sterkere helserettslig innfallsvinkel på sosialfaglige problemstillinger, og hensyn og behov som de sosiale tjenestene skal ivareta og bygge på blir satt i bakgrunnen. Sosialtjenestelovens utgangspunkt som sosialt sikkerhetsnett, med fokus på forebyggende tiltak, individuelle løsninger og fleksibilitet står i fare for å bli orientert mer mot diagnosebaserte og standardiserte løsninger.

Det foreliggende forslaget innebærer en ytterligere retningsendring. Det forsterker en utvikling som er skjedd over tid, og hvor de sosiale tjenestene og fagmiljøene blir mer fragmentert og fortrengt. Etter vår oppfatning gjelder dette mer enn begreper. Helsefaglig og sosialfaglig arbeid handler om ulike tradisjoner, tjenesteformer med ulikt innhold, tilnærningsmåter og formål. Lovforslaget innebærer en fare for at det settes et ensidig fokus på diagnoser, symptomer og medisinerer. Det gir grunn til en viss optimisme med hensyn til fremtidige tjenester til pasienter og brukere med kroniske lidelser, samt eldre. På den annen side er vi bekymret for at det vil bli lagt mindre vekt på tjenestemottakere med andre og mer begrenset behov for hjelp, samt for forebyggende sosialt arbeid som ikke er rettet mot dem som har et påtrengende og omfattende hjelpebehov. Ikke minst kan vektleggingen av helse- og omsorgsperspektivet gjøre pasienter og brukere til passive mottakere av tjenester. Sosialt arbeid og omsorgsarbeid representerer to ulike fagtradisjoner, og vi savner en begrunnelse for den begrepsmessige endringen som forslaget bygger på.

Konkret gjenspeiles retningsendringen blant annet i at gjeldende lov om sosiale tjenester § 4-1, om tjenesten råd og veiledning, ikke foreslås videreført som selvstendig bestemmelse. I departementets redegjørelse for ny § 3-2 nr. 1, om blant annet opplysning, råd og veiledning, er det lagt til grunn et klart helseperspektiv. At tjenesten "opplysning, råd og veiledning" er en bærebjelke i dagens

sosialtjenestelov er ikke berørt. Vi registrerer at forebyggende tiltak fortsatt skal være et fremtredende formål, men lovteksten inneholder intet om råd og veiledning som kan bidra til å løse problemer. Dette kan få betydning i forhold til personer som trenger bistand for å løse sine problemer på et eller flere livsområder, men som ikke nødvendigvis er av helsefremmende eller forebyggende art. Etter vår oppfatning er det reell fare for at det kan utvikles en praksis som fører til dårligere tjenester til dem som har behov for langvarig oppfølging gjennom for eksempel oppsøkende virksomhet, eller råd og veiledning for å komme ut av en vanskelig livssituasjon. Vi er følgelig av den oppfatning at gjeldende lov om sosiale tjenester § 4-1 videreføres som selvstendig bestemmelse.

Vår konklusjon under dette punktet er at departementet må vurdere hele lovforslaget i et sterkere sosialfaglig perspektiv.

4. Brukervennlighet. Et fragmentarisk regelverk uten klare henvisninger og presiseringer.

En målsetting ved forslaget er et regelverk som er lettere å bruke for tjenestemottakerne. Som nevnt over er det etter vår oppfatning lagt stor vekt på organisering og ansvar, og mindre vekt på pasient- og brukervennlighet. Vi finner at lovforslaget ikke gjør regelverket lettere å bruke for tjenestemottakerne, og viser til at den pasient- og brukerorienterte delen av forslaget, kapittel 3, inneholder en utvidet og til dels kompliserende oversikt over tjenestetilbudet. Andre sentrale bestemmelser, som vilkårene for å få helse- og omsorgstjenester og saksbehandlingsreglene, er foreslått plassert i pasientrettighetsloven. Dette bidrar til fragmentering, og ikke en forenkling av regelverket. Dette blir dermed mindre tilgjengelig for den enkelte pasient og bruker.

Vi vil bemerke at en lov om tjenester til en persongruppe med så varierende ressurser og ståsted som det her er tale om, må være informativ og tilgjengelig med tanke på hva den enkelte kan forvente fra sin oppholdskommune. Vi ser at det kan by på lovtekniske utfordringer å forenkle forslaget. Etter vår oppfatning er det et minstekrav at henvisningene til pasientrettighetsloven i forslagets § 2-3 blir tydeliggjort, i den forstand at leseren får utfyllende informasjon om at reglene om vilkår for hjelp, saksbehandling og klage, følger av pasientrettighetsloven. Vi antar at en slik løsning også kan være til fordel for forvaltningen, da dette blant annet kan bidra til redusert ressursbruk til råd, opplysning og veiledning om slike spørsmål.

4.1 Behov for utfyllende informasjon og presiseringer. Begreper.

Vi foreslår at det innarbeides en ny § 2-4 i forslag til helse- og omsorgstjenestelov, som spesifiserer forholdet til pasientrettighetsloven. Denne bør inneholde utfyllende informasjon om at reglene om vilkår for hjelp, saksbehandling og klage, følger av pasientrettighetsloven

Vi finner at det må være begrepsmessig samsvar mellom forslagets § 2-3 annet punktum, og forslagets § 3-2. I § 2-3 annet punktum brukes uttrykket, "vedtak om hjelp", mens det i overskriften til § 3-2, som det vises til, er brukt begrepet "tjenester". Vi finner at begrepet "tjenester" er mest beskrivende og best egnet for begge bestemmelser, det vil si at det i § 2-3 annet punktum skal stå "vedtak om tjenester", alternativt "vedtak etter § 3-2".

Herunder vil vi bemerke at det i § 2-3 må presiseres at det ikke skal fattes enkeltvedtak for alle tilbud og tjenester som følger av § 3-2, jf. henvisningen til denne bestemmelsen i § 2-3. Videre bør loven i større grad klargjøre hvilke tilbud som er et resultat av prosessuelle og/eller faktiske handlinger og hvilke tjenester som innvilges på grunnlag av saksforberedelse og enkeltvedtak. Vi viser i denne forbindelse også til våre merknader under pkt. 4.1.

Begrepene "pasient" og "bruker" er definert i forslag til ny pasientrettighetslov § 1-3. For det første bør pasientrettighetsloven, som en konsekvens av dette, gis endret tittel til pasient- og brukerrettighetsloven. Derneft vil neppe den alminnelige tjenestemottaker være i stand til å ta stilling til om vedkommende er pasient og/eller bruker i lys av de foreslåtte definisjonene, herunder hvilken rettslig stilling man eventuelt måtte ha eller få. Definisjonene er etter vår oppfatning ubrukelige for målgruppen. Kommunen får på sin side en maktposisjon med hensyn til definisjonsspørsmålet, noe som neppe er tilsikt.

Det er etter vår oppfatning uheldig at man ikke samtidig har foretatt en revisjon eller lovteknisk gjennomgang av gjeldende kapittel 4A og kapittel 6 i lov om sosiale tjenester, samt i pasientrettighetsloven, hvor det begrepsmessig konsekvent vises til "helsehjelp".

Tjenestemenyen i forslagets § 3-2 må utfylles på enkelte punkter. Særlig i forhold til forslagets § 3-2 nr. 6 bokstavene a og b foreligger det et klart behov for å foreta en sontring i lovteksten med hensyn til hva som skiller "**hjemmetjenester**" fra "**heldøgns tjenester i eget hjem**". Vi er videre av den oppfatning at "**institusjon**" i forslag til § 3-2 nr. 6 bokstav b må presiseres i egen forskrift. Dette må omfatte den enkelte institusjonsformens formål, innhold og forhold som angår beboernes rettssikkerhet. Vi viser også til pkt. 6 nedenfor.

Endelig må innholdet av tjenesten "**personlig assistanse**" presiseres i lovteksten, jf. forslag til § 3-2 nr. 6 bokstav c. Det er for så vidt gjort en presisering i forslag til § 3-9 i loven. Av denne går det frem at tjenesten skal organiseres gjennom brukerstyring og at tjenesten kan gis som praktisk bistand i henhold til gjeldende lov om sosiale tjenester § 4-2 bokstav a. I høringsnotatet nevnes blant annet at tjenesten skal kunne romme støttekontaktjenester. Holdepunktene for å danne seg en samlet oppfatning av hva tjenesten "personlig assistanse" inneholder, er etter vår oppfatning begrensede, og både forvaltningen og pasient/bruker blir henvist til en fragmentert og lite konkret lovhome.

5. Rettssikkerhet. Saksbehandling og klage.

5.1. Forslag til ny § 2-7 i pasientrettighetsloven. Anvendelse av forvaltningsloven kapittel IV og V ved avgjørelse av anmodning om hjelp etter pasientrettighetsloven.

Forslag til ny § 2-7 første ledd i pasientrettighetsloven bestemmer at forvaltningsloven kapittel IV, om saksforberedelse ved enkeltvedtak, og kapittel V, om vedtaket, ikke skal gjelde for vedtak etter pasientrettighetsloven kapittel 2. Etter forslaget skal det skilles mellom *enkeltvedtak* (som for eksempel vedtak om sykehjemsplass eller hjemmesykepleietjenester som strekker seg over et visst tidsrom), og *faktiske og/eller prosessuelle handlinger* (som for eksempel konsultasjoner, diagnostisering, henvisninger). Således er det gjeldende rett på helserettens område som foreslås videreført. Det fremgår videre at forvaltningslovens anvendelse skal knyttes opp mot hvor akutt hjelpebehovet er, samt til varigheten av dette. Departementet foreslår at reglene om enkeltvedtak skal gjelde ved tildeling av tjenester som gis i institusjon eller i hjemmet, og som strekker seg over to uker.

Forslaget innebærer at kommunens plikt til å treffe enkeltvedtak skal begrenses til visse tjenester, og tjenestene må være av en viss varighet. Dette vil endre tjenestemottakerens rettssikkerhetsmessige stilling i en klart negativ retning.

Departementet har fremholdt at man med forslaget ønsker å forenkle saksbehandlingen. Etter vår oppfatning er det fare for at løsningen vil bli unødvendig kompliserende i forhold til kommunens saksbehandling. Vurderingen av om et hjelpebehov er kort- eller langvarig vil avhenge av en rekke individuelle og variable forhold, for eksempel utviklingen av en tilstand eller et sykdomsforløp, eller

pasientens/brukerens behov og livssituasjon. Videre er høringsnotatet i beste fall uklart når det gjelder avgrensningen av hvilke tjenester som skal underlegges plikt til å treffe enkeltvedtak. Dette vil få konsekvenser både for saksbehandlingen og rettssikkerheten. Forslaget kan dessuten danne grunnlag for at det utvikles et økt fokus på tjenesteform og varighet i forhold til ressurs hensyn.

Når det gjelder forslaget om en "toutersregel" som grense for vedtaksplikt, inneholder forslaget få holdepunkter som kan benyttes i den konkrete og individuelle vurderingen som vi forutsetter fortsatt skal legges til grunn ved tildeling av tjenester. Et illustrerende eksempel er pasienter som har regelmessig behov for korttidsopphold i institusjon på grunn av sykdom eller for å gi avlastning til pårørende. Hjelpet behovet som sådan kan foreligge over et lengre tidsrom, men hvert enkelt opphold kan være av noen få dagers varighet. Det samme kan anføres om støttesamtaler til rusavhengige eller personer med psykisk lidelser. I slike tilfeller har tjenestetilbudet et omfang og en regelmessighet som i realiteten tilsvarer et løpende tjenestetilbud. Vi kan ikke se at det kan settes et klart skille mellom personer som mottar tjenester mer uregelmessig over et lengre tidsrom, og dem som mottar uavbrutte tjenester. Et slikt skille kan under enhver omstendighet ikke trekkes så presist at det kan danne grunnlag for et slikt rettssikkerhetsmessig skisma som departementet foreslår.

Også med hensyn til vurderingen av **hvilke tjenester eller tjenesteformer som skal utløse vedtaksplikt**, inneholder forslaget utilstrekkelige retningslinjer og holdepunkter. Enkeltvedtak skal etter forslaget treffes ved tildeling av hjelp som gis *i institusjon eller i hjemmet*, noe som innebærer at enkeltvedtak skal treffes for tjenester som faller inn under § 3-2 nr. 6 bokstav a-b (forutsatt at tjenesten gis i mer enn to uker).

Ser man på tjenester etter § 3-2 nr. 6 bokstav c og d, personlig assistanse og avlastningstiltak, har departementet i andre deler av forslaget fremholdt at disse tjenestealternativene skal gjøres mer fleksible med henblikk på individuelle tilpasninger. "Personlig assistanse" er en tjeneste som i dag kan gis både i hjemmet og utenfor, og denne adgangen ønskes videreført av departementet. Vi vil i den forbindelse vise til høringsnotatet pkt. 11.6.10.4, hvor det er presisert at gjeldende *støttekontaktordning* skal inngå som del av den personlige assistansen som kommunen skal kunne tilby. Støttekontakt er en tjeneste som normalt ikke gis i hjemmet eller i institusjon. Også når det gjelder *avlastningstiltak* er adgangen til å benytte ulike avlastningsformer fremhevet. Dette må forutsetningsvis bety at avlastningstiltak ikke bare skal kunne gis i hjemmet eller i institusjon, men også utenfor disse arenaene.

I lys av lovforslaget vil personlig assistanse i form av støttekontakt, eller avlastningstiltak som ikke gis i hjemmet eller i institusjon, være tjenester som faller utenfor vedtaksplikten. Dette må være utilsiktet, og vi kan ikke se det annerledes enn at departementet må presisere at det skal fattes enkeltvedtak ved tildeling av fremtidige støttekontakttjenester og avlastningstiltak, uavhengig av avlastningsform.

Etter vår oppfatning må det foreligge plikt til å gi skriftlig underretning og begrunnelse ved tildeling av eller avslag på *samtlig*e av de tjenester som følger av forslagets § 3-2 nr. 6 bokstav a-d, samt §§ 3-7 og 3-9, uavhengig av hjelpebehovets varighet. Det samme må for øvrig kunne gjøres gjeldende for andre tjenesteformer som ikke er konkret beskrevet i forslaget, som for eksempel bistand til rusavhengige i form av støttesamtaler på møteplasser for denne brukergruppen.

Når det gjelder departementets behov for forenkling, vil vi vise til at forvaltningen allerede har adgang til å gjøre unntak fra kravet om samtidig underretning etter forvaltningsloven § 24 annet ledd. Unntak fra dette kravet kan gjøres i andre saker enn klagesaker dersom en søknad innvilges, og det ikke er grunn til å tro at noen part vil være misfornøyd med vedtaket. Denne unntaksregelen må anses tilstrekkelig.

Departementet har videre vist til at klageadgangen vil ivareta pasientenes og brukernes rettssikkerhet. For oss er det tvilsomt om klageretten kan ivaretas uten at man kjenner begrunnelsen for hvorfor en tjeneste er tildelt eller ikke. Samtidig kan det ikke utelukkes at mangelfull saksbehandling, uten skriftlig begrunnelse, vil kunne føre til en unødvendig økning i klagesaksmengden. Med dagens forslag vil bakgrunnen for enkelte av de beslutningene som kommunen treffer, først komme frem i en klagesaksbehandling.

Saksbehandlingsregler om forhåndsvarsel, utredningsplikt og begrunnelse er viktige rettssikkerhetsgarantier som beskytter og ivaretar alle privatpersoner som er i kontakt med det offentlige. Dersom lovgiver nå skal frata denne gruppen grunnleggende rettigheter må dette begrunnes svært godt. Høringsnotatets argumentasjon på dette punktet er i så måte ikke tilstrekkelig. Det er heller ingen ting som tyder på at den besparelsen departementet mener vil ligge i redusert krav til saksbehandling vil komme pasienter og brukere til gode gjennom økt tjenesteproduksjon.

5.2. Forslag til nye klageregler i pasientrettighetsloven kapittel 7.

5.2.1. Innledende merknad.

Pasient- og brukerombudene registrerer at klageordningen som følger av gjeldende kommunehelsetjenestelov § 2-4 foreslås avvirket. Dette betyr at dagens tretrinns klageprosess, med bruk av kommunal klagenemnd, bortfaller. Klagenemndsordningen er et unødvendig mellomledd som for øvrig er praktisert ulikt av kommunene. Videre innebærer forslaget bortfall av dagens tosporede system, som gir mottakere av kommunale helsetjenester adgang til å velge mellom klagereglene i kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven kapittel 7. Endelig er det foreslått at klage skal fremsettes til det organ som har truffet den aktuelle avgjørelsen. Disse delene av forslaget representerer en klar forenkling og effektivisering av klagereglene.

5.2.2. Forvaltningslovens anvendelse, jf. forslag til ny § 7-6 første ledd.

Forslag til ny § 7-6 første ledd i pasientrettighetsloven innebærer en betydelig svekkelse av den klagende parts rettigheter. Det fremgår at forvaltningslovens regler om behandling av klager skal gjelde "så langt de passer", med særreglene i pasientrettighetsloven kapittel 7. Departementet har i forslaget lagt vekt på at bestemmelsen også vil omfatte klager over prosessuelle beslutninger, faktiske handlinger og avgjørelser som treffes av spesialisthelsetjenesten, og at det derfor foreligger et behov for å harmonisere regelen.

Forslaget medfører således at de begrensninger i forhold til forvaltningslovens anvendelse som gjelder for de foran nevnte avgjørelsene, skal gjøres gjeldende også for klager på enkeltvedtak. Vi kan ikke se at harmoniseringshensyn kan gis så stor vekt at grunnleggende rettssikkerhetshensyn settes til side. Gjeldende rett må videreføres, i den forstand at det i stedet gis særregler for behandling av klager over prosessuelle beslutninger, faktiske handlinger og avgjørelser som treffes av spesialisthelsetjenesten. I ny § 7-6 første ledd må "så langt de passer" således fjernes, slik at forvaltningslovens klageregler kommer til anvendelse ved klage på enkeltvedtak, med de særregler som følger av pasientrettighetsloven kapittel 7.

5.2.3. Opphør av klageinstansens omgjøringsadgang, jf. forslag til ny § 7-6 annet ledd.

Departementet foreslår i § 7-6 andre ledd å avskjære klageinstansens adgang til å treffe nytt vedtak i saken. Vi er sterkt uenige i dette forslaget. Dette innebærer en betydelig begrensning av klageinstansens kompetanse. Departementet har satt hensynet til det kommunale selvstyre foran

pasienters og brukeres rettssikkerhet, og har etter vår oppfatning blandet kortene. Klageinstansens omgjøringsadgang kan ikke anses for å være et direkte inngrep i, eller binding av kommunal myndighetsutøvelse ved førsteinstansbehandlingen av helse- og omsorgssaker. Derimot er adgangen en sentral rettssikkerhetsgaranti for pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester.

Vi kan ikke se at det er anført holdbare begrunnelser for at klageinstansen skal være helt avskåret fra å treffe nytt vedtak. Slik vi oppfatter det, bygger ikke forslaget på endringskrav fra kommunenes side, eller på dokumentasjon om at klageinstansene griper urimelig inn i det lokalpolitiske skjønn. Vi antar at Statens helsetilsyn, som er overordnet myndighet i klage- og tilsynssaker som behandles av fylkesmennene og det lokale helsetilsynet, vil kunne følge utviklingen og eventuelt iverksette korrigerende tiltak overfor disse, dersom det kommunale selvstyret skulle bli satt i fare.

Vi vil gjøre spesielt oppmerksom på at vi mottar mange henvendelser fra pasienter og brukere som opplever at kommunen bruker urimelig lang tid på å behandle og avgjøre deres søknader om hjelp, det vil si saksforberedelsen. Ikke sjelden omfatter dette relativt kurante og åpenbare saker. Vi mener det er rimelig grunn til å anta at det foreliggende forslaget vil åpne for at saksbehandlingen vil kunne bli ytterligere trenert fra kommunens side, ikke minst i mer prestisjefylte eller komplekse saker. Dette er, som nevnt, et reelt problem for mange pasienter og brukere allerede i dag. Det er vesentlig at pasienter og brukere får en rask avklaring av sin rettssituasjon, og klageinstansen må ha adgang til å skjære igjennom i klagesaker ved å kunne treffe nytt vedtak i saken.

Omgjøringsadgangen ivaretar dessuten hensynet til effektiv saksbehandling. Forslaget innebærer at alle opphevede vedtak i klagesaker skal returneres til kommunene for ny behandling. Dette vil etter vår oppfatning føre til merarbeid for kommunene, og det er fare for at forslaget i praksis blir unødvendig byråkratiserende og tidkrevende, med de ulemper dette vil påføre både kommunene og pasientene/brukerne.

Hensynet til det kommunale selvstyret i forbindelse med klagesaksbehandlingen må for øvrig anses tilstrekkelig ivaretatt gjennom ordlyden i forslaget til ny § 7-6 annet ledd, annet punktum i pasientrettighetsloven. Det er en lovteknisk god løsning at dette hensynet vektlegges som en *generell regel*, med virkning for alle sider av klageinstansens saksbehandling.

5.2.4. Valg av klageinstans.

Når det gjelder spørsmålet om valg av klageinstans, stiller vi oss bak departementets argumentasjon i høringsnotatet side 331, siste avsnitt og side 332 første avsnitt. Pasient- og brukerombudene har varierende erfaringer når det gjelder fylkesmennenes og de regionale helsetilsyns praksis og ivaretagelse av sin funksjon som klageinstans. Disse erfaringene gir oss ikke klare holdepunkter i spørsmålet om valg av klageinstans. Vi har imidlertid merket oss at Sivilombudsmannen har påpekt at enkelte regionale helsetilsyn har hatt en uheldig saksbehandlingspraksis, noe som spesielt har kommet til uttrykk ved at begrunnelsen for avgjørelser som er truffet i klagesaker har vært mangelfulle.

6. Vilkår for rett til tjenester. Ny § 2-1a i pasientrettighetsloven.

Departementet fremhever flere steder i høringsnotatet at dagens samlede rettighetsomfang skal videreføres. Etter en helhetsvurdering foreslår departementet at det innføres en felles rettighetsbestemmelse for kommunale helse- og omsorgstjenester, og at vilkårene for rett til henholdsvis helsetjenester og omsorgstjenester skal være likelydende. Vi viser til forslag til ny § 2-1a i pasientrettighetsloven. Retten til tjenester skal etter forslaget følge av den rettslige standarden "nødvendige helse- og omsorgstjenester". En så skjønnsmessig bestemmelse må tolkes i lys av både

formålsbestemmelsen i forslaget til helse- og omsorgstjenestelov, kravene til forsvarlighet som er nedfelt i samme lov, og verdighetsgarantien som foreslås inntatt både i pasientrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Dette er lovteknisk svært komplisert og er ikke egnet til å motvirke utviklingen av standardiserte vurderinger og utmålinger av tjenester.

Det er svært få jurister i kommunal sektor som i dag har ansvaret for å vurdere tjenestebehovene og utmåle nødvendig bistand. Når det nå legges opp til bruk av kompliserte juridiske metoder og flere regelverk som skal ses i sammenheng i hver enkelt sak, vil dette øke faren for at rettssikkerheten svekkes og gjøre det svært vanskelig å realisere departementets ønske om lik vurdering av tjenestebehov uavhengig av bosted. Vi mener at forslaget til ny § 2-1a i pasientrettighetsloven må presiseres, slik at det klart fremgår at de som har behov for helse- og omsorgstjenester har krav på nødvendig hjelp med forsvarlig standard og at dette skal skje etter en individuell behovsvurdering.

7. Pasient- og brukerrettigheter knyttet til institusjonslignende opphold og omsorgsbolig.

Vi finner at forslag til § 3-2 nr. 6 bokstav a og b må presiseres, for eksempel i egen forskrift. Dette må omfatte boligens/institusjonens formål og innhold, samt forhold som angår beboernes rettssikkerhet.

I gjeldende lov om sosiale tjenester § 7-11 er det gitt egne bestemmelser om rettigheter under opphold i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. Bestemmelsen er ikke foreslått videreført under henvisning til at det er gitt egne regler om tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemming og i pasientrettighetsloven kapittel 4a. Vi er uenige i at bestemmelsen ikke videreføres i det nye lovforslaget. Mange rusmiddelavhengige innvilges opphold i kommunale eller private omsorgsinstitusjoner, enten i påvente av behandlingsplass i spesialisthelsetjenesten, som ledd i et kommunalt ettervern eller utelukkende fordi de må tas hånd om i institusjon uten at de ønsker behandling i spesialisthelsetjenesten. Denne brukergruppen må gis særlig beskyttelse gjennom lovfestet rett til privatliv, selvbestemmelsesrett og regler om tvangsbruk under oppholdet. Henvisningen til reglene for andre persongrupper er ikke relevant. Dersom bestemmelsen ikke videreføres, vil det føre til mangelfullt rettsvern for rusmiddelmisbrukere. Også institusjonene i spesialisthelsetjenesten som gir tverrfaglig spesialisert rusbehandling er pålagt å følge de samme rettighetsbestemmelsene gjennom henvisningen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 til lov om sosiale tjenester § 7-11. Fjernes bestemmelsen, oppstår et rettsomt rom for denne pasient- og brukergruppen.

Videre er det grunn til bekymring for rettssikkerheten til personer med store bistandsbehov og redusert evne til å ivareta egne interesser. Ikke sjelden gis personer som er i en slik situasjon tjenestetilbud i omsorgsbolig fremfor institusjonstilbud etter kommunehelsetjenesteloven. Opphold i institusjoner etter sist nevnte lov er i stor grad detaljregulert. Omsorgsboliger er ikke nærmere regulert i lov.

Bygging av omsorgsboliger har økt kraftig de siste årene, og har blant annet utvidet boligtilbudet til mennesker med ulike bistandsbehov. Omsorgsboliger er i mange henseende blitt en erstatning for institusjonstilbud. Tendensen er at mange kommuner bygger bofellesskap med stadig flere beboere i samme driftsenhet, og disse har klart institusjonspreg.

Pasient- og brukerombudene mener at økt fokus på egen bolig med individuelt tilpassete tjenester og rett til privatliv er positivt. Imidlertid får mange av bofellesskapene preg av et "pakketilbud" der den enkeltes valgmuligheter begrenses når det gjelder valg av bosted og hjelpeform.

Omsorgsbolig tildeles av kommunen. Omsorgsbolig er ikke en lovhjemlet tjeneste, og brukere har ikke krav på to-trinns klagebehandling dersom en søker vil klage på manglende tildeling av bolig eller dersom vedkommende blir tildelt bolig i et bofellesskap som søkeren ikke ønsker. Beboere i

bofellesskap kan sies opp etter reglene i husleieloven, dersom kommunen vil flytte beboere eller mener at beboeren bryter med betalingsavtale eller ordensregler.

Det er imidlertid store variasjoner i hjelpebehovet og livssituasjonen til aktuelle målgrupper. En person eller husholdning kan søke omsorgsbolig for å få en lettstelt bolig, men vil ellers kunne klare seg med noe bistand fra kommunen. Andre er avhengig av omfattende hjelpetiltak i boligen og kan ha begrenset mulighet til å ivareta egne interesser. Det er derfor vanskelig å foreslå at alle omsorgsboliger skal omfattes av et regelverk som gir beboerne rettigheter på linje med sykehjemsforskriften. Det er imidlertid klart at svært mange i dag har et tjenestetilbud i omsorgsbolig som tilsier at de gis en kvalitets- og rettsbeskyttelse på linje med sykehjemsbeboere.

Vi etterlyser derfor et forslag til regelverk som gir bedre rettssikkerhet for det store antall personer som har omfattende behov for helse- og/eller omsorgstjenester både når det gjelder rett til botilbud, rett til medvirkning ved valg av bosted og rett til beskyttelse mot uønsket flytting eller ved oppsigelse. Dette kan tenkes løst ved at tilrettelagte boligtilbud blir innarbeidet i lovforslagets § 3-2 nr. 6 bokstave eller § 3-2 nr. 7, alternativt ved at nåværende sosialtjenestelovs § 7-11 opprettholdes og utvides til å gjelde tilrettelagte boligtilbud.

8. Lovforslaget § 4-1. Forsvarlighetskrav på systemnivå.

Etter vår oppfatning etablerer bestemmelsen en rettslig standard som rent lovteknisk må ses i sammenheng med standarden som følger av forslag til ny pasientrettighetslov § 2-1a, jf. punktet over. Også i § 4-1 må det presiseres at denne skal forstås som en kvalitetsmessig minstenorm eller som en norm som beskriver god faglig praksis. Forskjellen kan være avgjørende for hvilket nivå kommunene velger å legge sine tjenester på i en presset ressursituasjon, og hvilken overprøvmulighet klageinstansen skal ha.

Videre bør gjeldende forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten legges til grunn som virkemiddel for å oppnå målsettingene i forslaget § 4-1. Denne forskriften, sammenholdt med tilhørende veileder, er et praktisk og hensiktsmessig hjelpemiddel for kommunene i det konkrete arbeidet med å skape et forsvarlig, helhetlig og verdig tjenestetilbud.

Til sist må det være tilstrekkelig at målet om et verdig tjenestetilbud inntas i forslaget formålsbestemmelse (§ 1-1 nr. 6), hvor det har rang som sentralt tolkningsmoment ved praktiseringen av loven i sin helhet.

9. Kapittel 6 i forslaget. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak.

Vi finner at § 6-5 i forslaget, om mekling, står i kontrast til den vekt som ellers er lagt på det kommunale selvstyret i høringsnotatet. I forslaget er det et statlig organ som er gitt meklingsmyndighet. For å skape balanse bør det etableres et eget meklingsorgan, for eksempel sammensatt av medlemmer fra Helsedirektoratet og Kommunenes sentralforbund.

10. Kapittel 7 i forslaget. Individuell plan og koordinering av tjenester. Koordinator som erstatning for pasientansvarlig lege.

Vi viser til forslag til ny § 2-5a og § 2-5b i spesialisthelsetjenesteloven. Vi har ikke innvendinger mot at det opprettes en koordinatorfunksjon for pasienter med komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester, samt en koordinerende enhet ved helseforetaket. Forslaget innebærer samtidig at ordningen med pasientsansvarlig lege bortfaller, og vi kan ikke se at den skisserte løsningen erstatter denne i tilstrekkelig grad. Vi vil gjøre oppmerksom på at behovet for å beholde dagens

ordning med pasientansvarlig lege underbygges av flere saker som vi har hatt til behandling de senere årene. Vi er klar over at dagens ordning praktiseres og prioriteres ulikt i de enkelte helseforetak, og at erfaringene med denne derfor ikke er entydige. På generelt grunnlag vil vi bemerke at pasientansvarlig lege er en funksjon som pasientene etterlyser, og som i enkeltsaker har vist seg svært verdifull, både for pasient og helseforetak. Etter vår oppfatning bør det vurderes om det heller skal tas grep for å styrke og tydeliggjøre gjeldende forskrift om pasientansvarlig lege.

11. Ny melderegel i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

Pasient- og brukerombudene mener det er nødvendig å få til en kulturendring i helsetjenesten, for å få større åpenhet om skader og uønskede hendelser.

Departementets forslag om å endre dagens meldeordning, har en kulturendring i helsetjenestens håndtering av uønskede hendelser som mål, og er slik vi oppfatter forslaget tosidig begrunnet. For det første ønsker man å følge WHO, Europarådets og EUs anbefalinger om at helsepersonell skal kunne melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner og således gi et bedre grunnlag (flere meldinger) for å understøtte helsetjenestens systematiske pasientsikkerhetsarbeid. For det andre har antall meldinger vært få, og utnyttelsen av § 3-3 meldinger har variert mellom de ulike regionale helsetilsyn.

Departementet mener at faren for at Helsetilsynet i fylket ikke skal få informasjon om alvorlige saker som krever tilsynsmessig oppfølging, er liten. Det foreslås likevel en meldeplikt for Kunnskapssenteret til Statens helsetilsyn når det gjelder grunn til å tro at det foreligger *alvorlig systemsvikt*.

Selv om § 3-3 meldinger er utnyttet i varierende grad av de lokale helsetilsyn, er Pasient- og brukerombudene av den oppfatning at tilsynene ved den foreslåtte endringen, mister en svært viktig kilde til kunnskap om hvordan styringssystemene og kvalitetsarbeidet fungerer i ulike deler av virksomheten, og derved en mulighet til å følge opp foretakenes kvalitetsarbeid og eventuelt gripe inn ved alvorlige tegn på svikt. Man vil også miste muligheten til oppfølging etter avholdt tilsyn. Et viktig poeng for tilsynene må jo være å følge med på om de foreslåtte endringer og tiltak har hatt ønsket effekt.

Pasient- og brukerombudene ser at noe må gjøres for å få til en kulturendring og en lavere terskel for innsending av meldinger. Det er viktig at man i større grad får kunnskap om svikt i helsevesenet, slik at kunnskapen kan bidra til at de samme feilene ikke skjer igjen. Samtidig mener vi det er nødvendig at de lokale helsetilsyn for å få nødvendig kunnskap, må motta den informasjon som ligger i slike meldinger. Vi er derfor av den oppfatning at meldinger av denne grunn både bør sendes Kunnskapssenteret og Helsetilsynet (eventuelt som gjenpart til det regionale helsetilsynet).

Dersom det skulle vedtas en meldeordning som foreslått i høringsutkastet, mener vi at ordningen må evalueres nøye, for eksempel etter tre år. Vi tenker da både hva man har oppnådd av endringer i meldekulturen, hvordan denne endringen eventuelt har blitt benyttet og hvilken betydning endringen har hatt for kunnskapsnivået i de regionale tilsyn.

I tillegg mener vi at man for fremtiden bør utvide meldeordningen til også å gjelde den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik at ordningen vil omfatte hele helsetjenesten. Dersom kommunene vil

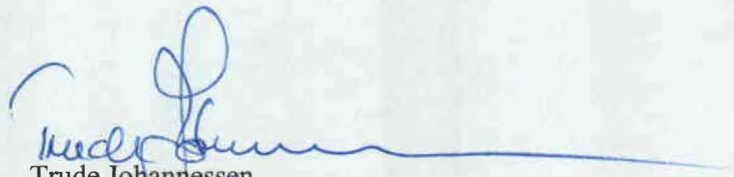
få et større ansvar i behandlingskjeden, jf. samhandlingsreformen, vil også behovet for å implementere ordningen i hele helsetjenesten øke.

12. Lovregulering av kommunalt døgntilbud?

I kapittel 13 i høringsnotatet omtaler departementet behovet for *kommunale tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp*. Det foreslås ingen kommunal plikt til å sørge for et slikt døgntilbud, men høringsinstansene bes særskilt om å komme med innspill på om en slik plikt bør lovfestes. Pasient- og brukerombudene vil bemerke at hensynet til lik praksis i kommunene og pasientenes rettssikkerhet taler for lovregulering. Vi vil derfor foreslå at et slikt tilbud reguleres i lovs form.

På vegne av

pasient- og brukerombudene i Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland, Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark, Vestfold, Buskerud, Akershus, Østfold og Hedmark / Oppland, og Helse- og sosialombudet i Oslo,



Trude Johannessen
Pasient- og brukerombud i Troms