

Oslo, 17. januar 2011

Høringsuttalelse fra Rådet for psykisk helse om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Rådet for psykisk helse er svært positive til at man har valgt en helhetlig lov, der helse- og sosialtjenester sees i sammenheng. Dette er ikke minst viktig for mennesker med psykiske problemer og lidelser. Både ved lettere, moderate og alvorlige psykiske lidelser er det minst like mye bedring å hente i gode livsvilkår som i god medisinsk hjelp. Medisinsk helsehjelp vil også ha økt effekt om bruker/pasient opplever gode levekår, tilhørighet og mestring. Derfor må dette sees i sammenheng, og lovens formålsformuleringer gir gode muligheter for helhetlig og sammensatt hjelp. Vi ser imidlertid med en viss bekymring på at begrepet ”sosial” fra sosialtjenesteloven er erstattet med omsorg. Omsorgstjenester oppfattes både av brukere og kommunen som noe annet og mer snevert enn sosialtjenester. En kan innvende at lovens innretning er bedre rettet mot omsorgstjenester til eldre, enn sosiale og rehabiliterende tjenester til for eksempel rusmiddelavhengige og mennesker med psykiske lidelser.

Det er derfor viktig med klare og tydelige retningslinjer på hva som ligger i begrepet omsorg, slik at det sosialfaglige arbeidet i kommunene ikke svekkes som følge av ny lov. ***For å presisere at det sosialfaglige arbeidet ikke er svekket, bør lovens navn romme sosialt arbeid, for eksempel gjennom at den benevnes som ”Lov om kommunale helse-, omsorgs- og sosiale tjenester”.***

En generell innvending mot hele lovforslaget er i hvilken grad det faktisk er forpliktende for kommunen, selv om departementet legger opp til en pliktlov. Innenfor dagens lovverk viser blant annet ulike tilsyn og evalueringer at en betydelig andel av kommunene ikke oppfyller alle plikter og pasientrettigheter. Eksempelvis er det fortsatt mange med rett til individuell plan som ikke får det. Det er fristende å stille retoriske spørsmål som; hvis kommunen har plikt til å bistå med bolig, hvorfor er det da mange personer uten tilpasset bolig og hvorfor er mange bostedsløse? Hvis alle har rett til nødvendig helsehjelp, hvorfor opplever da et betydelig antall mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet at de står uten hjelp når de er skrevet ut fra institusjon?

Prinsippet om hjelp på lavest mulig omsorgsnivå (Leon) er et sentralt element i samhandlingsreformen. På psykisk helsefeltet er dette ikke bare økonomisk riktig, men aller viktigst faglig riktig. For dårlig sosial-, omsorgs- og helsehjelp i hverdagen for mennesker med psykiske problemer gjør mange flere enn nødvendig avhengig av både innleggelser og annen hjelp i spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder mangel på tidlig intervensjon. I alt for mange tilfeller får gryende psykiske problemer muligheter til å vokse til større utfordringer fordi fastlege, kommune og DPS har manglende tiltak for tidlig intervensjon og høye terskler for å kvalifisere til hjelp. Dette er en viktig årsak til at lidelser som angst og depresjon i mange tilfeller får befeste seg hos den enkelte og kan medføre alvorlige og langvarige vanskeligheter.

For å bedre denne situasjonen må kommunen gjøres både faglig og økonomisk i stand til å oppfylle mål om tidlig intervensjon og mest mulig psykisk helsehjelp basert i hverdagslivet for den enkelte. De må også forpliktes gjennom lov og forskrift.

Rettsikkerhet og tilsyn

For mennesker som er i en sårbar og utsatt situasjon, både helsemessig og sosialt, kan det være vanskelig at rettigheter må hevdes gjennom pasientrettighetsloven. Mange har også dårlig økonomi, og har dermed begrensede muligheter til juridisk bistand. Avslag på søknader om helse- og sosialtjenester faller utenfor de prioriterte sakene i rettshjelpsloven. ***Vi mener det er viktig av hensyn til individers rettsikkerhet at ordningen om fri rettshjelp utvides til også å gjelde denne loven.***

Mange vil uansett av ulike grunner ikke hevde rettigheter gjennom formelle rettskrav. Det er da tilsyn som er virkemiddelet for å avdekke feil og mangler. Det er også med dette lovverket, i likhet med eksisterende lover, en klar risiko for at kommunens brudd på lovverket kan fortsette. ***Vi etterlyser derfor virkningsfulle sanksjoner mot kommuner som ikke oppfyller sørge for ansvaret innenfor psykisk helse.***

Rådet for psykisk helse er uenige i at man skal gå bort fra at klageinstansen skal kunne fatte nytt vedtak, jf pasientrettighetslovens § 7 – 6. Dette er et rettsområde som sikrer grunnleggende verdier for kommunens innbyggere, derfor bør ordningen være slik den er i dag.

Psykisk helse i kommunen

Rådet for psykisk helse er spesielt opptatt av om personer som trenger helse-, omsorgs- og /eller sosialtjenester fra kommunen med utgangspunkt i psykiske helseproblemer står i fare for å ikke få den hjelpen de har behov for, når vi vurderer forslaget til lov. Det skjer innenfor dagens lovverk. Det er mange årsaker til at mange står uten hjelp eller uten riktig hjelp. Dels skyldes det at psykisk helsearbeid/kommunale psykiske helsetjenester i dag ikke er lovpålagt. Psykisk helse er ikke presisert i helsebegreper brukt i loven, verken dagens lov eller forslag til ny lov. Det er et svakt forankret fag i mange kommuner, og er i stor grad overlatt til skjønnsvurdering i den enkelte kommune. Skjønnsvurderingen er knyttet både til når en person har behov for hjelp og hva slags hjelp de skal ha. Tilbudet, alt fra lavterskeltilbud som væresteder og hjelp for alminnelige plager til sammensatte tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, har store variasjoner fra kommune til kommune. Dette til tross for at Opptappingsplanen for psykisk helse la klare føringer på kommunene. Føringerne var imidlertid ikke forpliktende når det gjaldt innhold, bare på kvantitet/økonomi, dermed har man fortsatt store utfordringer i mange kommuner.

I tillegg er det ofte vanskelig med psykiske helseproblemer å bedømme hvorvidt hjelpen er nødvendig. Det er videre vanskelig å vurdere når det bør gis hjelp i kommunen og når det bør gis hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Endelig er det ofte uenighet om når en person er utskrivningsklar og hva som er adekvat og nødvendig hjelp fra kommunen for vedkommende. Spesialisthelsetjenesten kan vise til kapasitetshensyn, manglende kompetanse, manglende motivasjon hos pasienten osv, mens kommunen må ta i mot folk uansett om de er enig eller uenig i om pasienten har ytterligere behandlingsbehov. Men selv om kommunen tar imot pasienten, er det lite krav til hva kommunen skal stille opp med av tilbud. Når vi i tillegg vet

at samarbeidet mellom kommune og helseforetak mange ganger er dårlig, opplever mange hjelp som ikke henger sammen eller rett og slett å stå uten hjelp.

For barn og unge er det spesielt viktig at psykisk helsehjelp så langt det er mulig gis i kommunal regi, i tilknytning til de arenaene der problemene har konsekvenser for barnet/ungdommen. Tidlig hjelp er nøkkelen til rask bedring og svært viktig for å hindre langvarige problemer. I dag har mange kommuner godt utbygget lavterskeltilbud til barn og familier med psykiske og psykososiale utfordringer, mens mange andre kommuner ikke har tilbud i det hele tatt. Dette er blant annet påpekt i NOU 2009:22 (Flatø-utvalget) som viser til at opptrappingsplanens lavterskeltilbud innenfor psykisk helse for barn og unge i liten grad er realisert. Utvalget foreslår ”for å sikre et godt psykisk helsetilbud til barn og unge, endres kommunehelsetjenestelovens § 1 – 3 ved at det tas inn en bestemmelse som tydeliggjør kommunens ansvar for å etablere tjeneste for psykisk helsearbeid”. Dette ble som kjent skrevet før forslaget om ny lov, men intensjonen i Flatø-utvalgets forslag er fortsatt like aktuell.

Vi ser ikke at lovforslaget er tydelig nok for å sikre at alle kommuner har psykisk helsearbeid med godt faglig innhold til både barn, unge og voksne. Til det er formuleringene for vage. Fra vår side er det ønskelig at man i lovteksten presiserer at helse/sykdom er psykisk og somatisk helse/sykdom. Dette er gjentatte ganger presisert i høringsnotatet, og det er bra, men vi mener det er nødvendig at ordet psykisk helse også er med i lovteksten. Vi mener også at det er behov for å lovfeste psykisk helsearbeid som tjeneste. Se for øvrig forslag nevnt ovenfor fra Flatøutvalget.

I tillegg må det komme detaljerte forskrifter som legger føringer på hva psykisk helsearbeid skal være i en kommune, spesifisert på henholdsvis barn/ungdom og voksne. Der må hele spekteret fra forebyggende psykisk helsearbeid til omfattende tjenester til mennesker med alvorlige lidelser beskrives. Hittil har psykisk helsearbeid vært ”regulert” gjennom veiledere fra Helsedirektoratet, samt uforpliktende formuleringer i stortingsmeldingen om opptrappingsplanen og statsbudsjett. Dette er langt fra noen tilfredsstillende styringsform av en tjeneste som trenger klare og forpliktende føringer.

Konkret til ulike paragrafer:

§ 1 -1 Lovens formål

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

§ 1 – 2 Annet ledd

Det bør gis forskrift til loven som konkretiserer hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven knyttet til mennesker med psykiske problemer. Dette er viktig fordi det ofte er mer uklart hva helse- og omsorgstjenester kan romme for personer som er fysisk friske, men som opplever vanskeligheter med hverdagene knyttet til for eksempel angst. I slik forskrift må det sosialfaglige få en sentral plass på linje med helse og omsorg.

§ 3 -1 Første ledd

Hva som er nødvendig helsehjelp ved psykiske helseproblemer er et skjønnsmessig spørsmål. Psykiske lidelser er et svært vidt begrep, og det er vanskelig å definere når en person har behov for nødvendig helsehjelp. Ikke desto mindre er det viktig at det gjøres et arbeid for å konkretisere dette, uten at det blir så konkret at det er begrensende.

Kommunes ”sørge-for-ansvar” innebærer at de selv velger hvem som utfører tjenestene. Kommunene har likevel ansvar for innhold og kvalitet. Vi deler i den sammenhengen Stasens helsetilsyns bekymring i sin høringsuttalelse til denne loven, og støtter deres forslag:

”Statens helsetilsyn legger til grunn at kommuner som inngår avtaler med private virksomheter om å yte tjenester etter denne loven skal påse ved avtaleinngåelse og senere oppfølging at tjenesteyter overholder kravene i lovgivningen.

Tilsynserfaringer viser at det er vanskelig for kommunene å ha kontroll med hvordan private virksomheter som yter tjenester etter avtale med kommunen, overholder kravene i lovgivningen i den daglige driften. Særlig utfordrende er det i forhold til virksomheter som tilbyr heldøgns tjenester og virksomheten er lokalisert langt unna kommunen. I tillegg til de plikter som følger av kommunens ”sørge-for-ansvar”, mener vi de private aktørene må pålegges et selvstendig ansvar. Det bør utarbeides en egen bestemmelse som peker på private tjenesteytere med avtale med kommunen som selvstendige pliktsubjekt og som tydelig beskriver hvilke plikter private virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har i forhold til overholdelse av denne loven, pasientrettighetsloven og annet lovverk. Vi antar at dette allerede kan utledes av at utøvende personell også i privat virksomhet blir å anse som helsepersonell og at virksomheten indirekte gjennom § 16 får selvstendig plikt. Etter vår vurdering er det imidlertid ønskelig med en mer direkte og tydelig regulering av dette.”

§ 3 – 2

Ang punkt 3. Det bør legges til et punkt c) som presiserer at hjelp ved ulykker og aktuelle situasjoner også omfatter psykososial akuttberedskap.

Vi mener det også kan være hensiktsmessig at dagtilbud til mennesker som av ulike grunner har behov for bistand i å komme i aktivitet lovfestes på et egnet sted i loven. Støttekontakt bør være med blant de opplistede tiltakene som nytt punkt e).

Vi vil også understreke at alle nevnte tjenester også må gjelde for mennesker med psykiske lidelser. Brukerstyrt personlig assistent er en ordning som er viktig for mange brukere med nedsatt funksjonsevne. Tradisjonelt er det i all hovedsak personer med fysisk nedsatt funksjonsevne som har slik assistanse. Vi mener brukerstyrt personlig assistent vil være et svært egnet virkemiddel for en del mennesker med alvorlig psykisk lidelser for å skape et godt hverdagsliv og mestring, og ikke minst for muligheten til å bo i egen bolig. Det er derfor nødvendig at kommunene anerkjenner at også psykisk lidelse kan være et kriterium for å få innvilget brukerstyrt personlig assistanse. Dette bør presiseres fra departementets side.

I tredje ledd om forskrift, må psykisk helsearbeid konkretiseres, som beskrevet ovenfor i dette notatet. Vi ser i høringsnotatet at departementet legger opp til mest mulig nøytralitet i forhold til diagnoser, profesjoner osv. Det er mange gode grunner til det. Vi vil imidlertid argumentere for at siden psykisk helsearbeid er et nytt, lite og relativt svakt fagområde i

norske kommuner, taler det for at denne tjenesten lovfestes. På samme måte har departementet selv argumentert i begrunnelsen for at skolehelsetjeneste og helsestasjon er spesifikt nevnt i lovforslaget.

§ 3 – 3

Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid er beskrevet normativt godt i denne paragrafen. Men i praksis rommer denne formuleringen svært store, konkrete oppgaver for kommunen når det dreier seg om psykisk helse. Primær-, sekundær- og tertiærforebyggende intensjoner er med i paragrafen og det gjør den utydelig om man skal gjøre det om til konkrete tjenester. Vi understreker at vi støtter intensjonen i paragrafen og ser betydningen av å lovhjemle tidlig intervensjon både på gruppe- og individnivå som svært viktig, men anser denne formuleringen som for generell. Det er derfor nødvendig at departementet deler opp forebygging på ulike nivå og hjemler det på ulike steder i loven.

§ 3 – 5

Høringsinstansene er bedt spesielt om å kommentere hvorvidt kommunene bør pålegges plikt til å ha tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til øyeblikkelig-hjelp-pasienter. Det er gode erfaringer i enkelte kommuner med å ha døgntilbud til personer som opplever psykiske vansker som gjør at de ikke føler trygghet i eget hjem. Eksempelvis har Bærum kommune dette tilbudet. Det brukes både av definerte brukere av psykisk helsetjenester og av personer som er ”ukjente” i tjenesten. Andre steder har DPS såkalte brukerstyrte plasser der personer kan legge seg inn på eget initiativ for kortere opphold. Vi mener slike tilbud kan forebygge utvikling av langvarig sykdom, langvarige innleggelser i spesialisthelsetjenesten og bruk av tvangsinnleggelser. Kommunene bør forpliktes til at et slikt tilbud skal være tilgjengelig for innbyggerne. Dette kan gjøres gjennom egne tjenester, interkommunalt samarbeid, samarbeid med DPS eller andre aktuelle instanser som kommunen kan inngå avtaler med.

§ 3 – 8

Formuleringen om bolig rommer alt fra tilbud til personer som av økonomiske grunner ikke kan skaffe seg bolig på det private markedet til personer som trenger tilrettelagt bolig av helsemessige årsaker. Innenfor dagens lovverk opplever mange innbyggere at denne paragrafen er lite verdt. Både er det mange bostedløse i landet, det er mange økonomisk vanskeligstilte som står i kø for kommunal bolig, og det er mange med omsorgsbehov, fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse som ikke har tilpasset bolig. Når det gjelder personer med psykiske lidelser er det anslått at det mangler mellom 2000 og 3000 boliger i kommunene for å dekke behovet.

Rådet for psykisk helse mener at retten til bolig bør lovfestes på en måte som gir folk reell rett. Dette må gjelde for alle som ikke klarer å skaffe bolig selv. Retten til tilpasset bolig må spesifiseres og sees i sammenheng med paragrafene om nødvendig helse og omsorgstjenester, samt forskrift som beskriver psykisk helsearbeid. For mennesker med psykiske helseproblemer vil bolig og hjelp av ulikt slag i hjemmet være avgjørende for helsetilstanden, livskvalitet og muligheter for bedring. Bolig er i denne sammenheng ikke bare et materielt virkemiddel, men også medisinsk og sosialt. Det finnes mange eksempler på at trygge, tilrettede boliger med bemanning og hjelp på ulike nivåer, reduserer behov for innleggelser i spesialisthelsetjenesten og bedrer den enkeltes levekår og livskvalitet.

§ 6 – 1

Forpliktende samarbeidsavtaler er et svært viktig virkemiddel for å gi helhetlig og sammenhengende hjelp til brukere og pasienter. For mennesker med psykiske helseproblemer er det spesielt viktig at helsehjelp, sosiale tiltak og omsorgstiltak henger sammen og at yterne av hjelpen samarbeider. I tillegg til selve samhandlingen er det viktig at ulike tjenesteutøvere finner fram til at hjelpen gis på riktig nivå, og at dette vurderes faglig, og ikke ut fra økonomisk situasjon i det enkelte ledd. Vi ønsker derfor at annet ledd i denne paragrafen skal lyde: ”samarbeid skal ha som målsetting å bidra til at pasientene/brukerne mottar et helhetlig og over tid sammenhengende tilbud, *på riktig nivå.*”

Minimumskrav til innhold i avtalene er bra, og vi har forståelse for at man ikke kan lage for stramme regler. Det er imidlertid en utfordring å finne konkrete løsninger som innebærer reell samhandling og gjør at man når målsettingene med samhandlingsreformen.

Vi har også en bekymring for at det er for mye fokus på samhandling i seg selv, og ikke på fornuftig fordeling av oppgaver, ut fra det beste for bruker/pasient og kunnskap om hva som hjelper. Blant annet er det ingen universell tolking av når en pasient er utskrivingssklar, særlig blant de som er syke over tid. Et viktig mål med samhandlingsreformen er hjelp på rett nivå. Per i dag er det vanskelig med lik praksis over hele landet for hva som er rett nivå for personer med psykiske problemer, fordi tilbudet både i kommunen, på DPS og ved sykehusavdelingene er svært ulikt rundt om i landet.

En klar presisering av hva psykisk helsearbeid i kommunene skal være, vil bidra til tydeligere arbeidsfordeling og dermed bedre vilkår for samhandling.

§ 7 – 1

Individuell plan er et viktig virkemiddel for å få til godt psykisk helsearbeid for den enkelte bruker. Vi støtter forslaget om at det er kommunen som skal ha hovedansvaret for individuell plan. Det er imidlertid urovekkende at mange oppgir å ikke få tilbud om individuell plan. Det er ikke heldig at det er opp til den enkelte å hevde sin rett til individuell plan. Mange er i en så vanskelig situasjon når de oppsøker hjelp, at det er urimelig å kreve at de hevder egen rett. Det gjelder i særlig grad rusavhengige og mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Vi mener at lovteksten må forplikte kommunen til å tilby individuell plan, slik at det ikke er opp til den enkelte å måtte søke om dette. Vi etterlyser også sanksjoner mot kommuner der tilsyn avdekker at ikke alle med behov får verken tilbud om eller innvilget individuell plan.

§ 7 – 2

At den enkelte skal få en koordinator er et framskritt og vil være viktig for mange. Vi viser imidlertid til avsnittet over, og er kritiske til om kommunene faktisk vil innfri denne retten. Det kan ikke være opp til den enkelte bruker å alltid måtte gå juridiske veier for å oppnå rettigheter, hvis brudd på rettigheter også avdekkes ved tilsyn og rapportering. Det er også viktig at det er tydelig for kommunene hva en slik koordinator skal ha ansvar for.

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

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

§ 7 – 3

Rådet for psykisk helse støtter forslaget om en koordinerende enhet i kommunen men ønsker en forskriftsfestet presisering av oppgavene.

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

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

§ 11 – 4

Betegnelsen utskrivningsklare og/eller ferdigbehandlede pasienter lar seg ikke uten videre benyttes for personer med psykiske helseproblemer. Mange har symptomer over tid, enkelte hele livet, og det vil innebære at de over tid vil ha varierende behandlingsbehov, som kan veksle mellom innleggelser, dagtilbud ved DPS og behandling og oppfølging av kommunen. Noen ganger er det snakk om enten eller, andre ganger både og. Det er derfor viktig at det utformes en særskilt finansieringsmodell for psykisk helse, fordi forløpet for mange er av en annen karakter enn ved en rekke somatiske lidelser. Finansieringsmodellen må ha en innretning som stimulerer til lokalt basert hjelp.

Endringer i Helsepersonelloven

§ 4 andre ledd

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

Endringer i Pasientrettighetsloven

Som en konsekvens av at brukere slik det er definert i forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester også skal omfattes av pasientrettighetsloven, bør denne loven endre navn til Pasient- og brukerrettighetsloven.

Videre vil vi bemerke at pasientrettighetsloven i hovedsak er en helselov, og ikke gjenspeiler de sosiale tjenestene kommunene forpliktes til i forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det bør etter vår mening gjøres en grundig revisjon av pasientrettighetsloven når ny lov om helse- og omsorgstjenester er vedtatt. En slik revisjon må omfatte mer enn tekniske endringer for å tilpasse språket til den nye loven.

§ 3 – 1

Rådet for psykisk helse mener brukermedvirkning er for svakt lovfestet i denne loven. Vi deler oppfatningen til Handicapforbundet i deres høringsuttalelse og støtter deres forslag:

”Etter dagens regelverk (lov om sosiale tjenester § 8-4) har kommunen en plikt til å rådføre seg med klienten, og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. I vurderingen skal det legges stor vekt på hva klienten mener. I forslag til ny helse- og omsorgslov heter det at pasienter og brukere skal bli hørt, dette innebærer ikke

nødvendigvis at brukerens synspunkter tillegges vekt ved tjenesteutformingen. Pasientens/brukerens rett til å medvirke gir heller ikke tilstrekkelige føringer for hvilken vekt pasientens/brukerens synspunkter skal ha.

NHF er uenig i at kravet til brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet svekkes, slik det foreslås. Vi foreslår at gjeldende § 8-4 i sosialtjenesteloven videreføres i ny lov.”

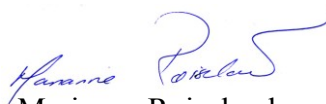
§7 -6

Rådet for psykisk helse er uenige i forslaget om at klageinstansen ikke skal ha rett til å fatte nytt vedtak ved opphevelse av kommunalt vedtak. Det er svært bekymringsfullt at det legges opp til en svekkelse av rettighetene til mennesker som er avhengig av viktige helse-, omsorgs- og sosiale tjenester fra kommunen. Det vises for øvrig til Statens helsetilsyn sin høringsuttalelse, der det blant annet heter:

”Statens helsetilsyn er særlig bekymret for at forslaget svekker rettsikkerheten på et område der klager ofte ikke er i stand til å bruke rettsapparatet eller er i en maktposisjon til selv å endre tjenesteinnholdet. Det vil også kunne bidra til at klageinstansens vedtak som normgivende for kommunens tjenesteyting blir svekket, og at det er fare for enda større ulikheter i landet avhengig av bostedskommune. 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.”

Med vennlig hilsen
Rådet for psykisk helse


Ansgar Gabrielsen
styreleder


Marianne Røiseland
generalsekretær