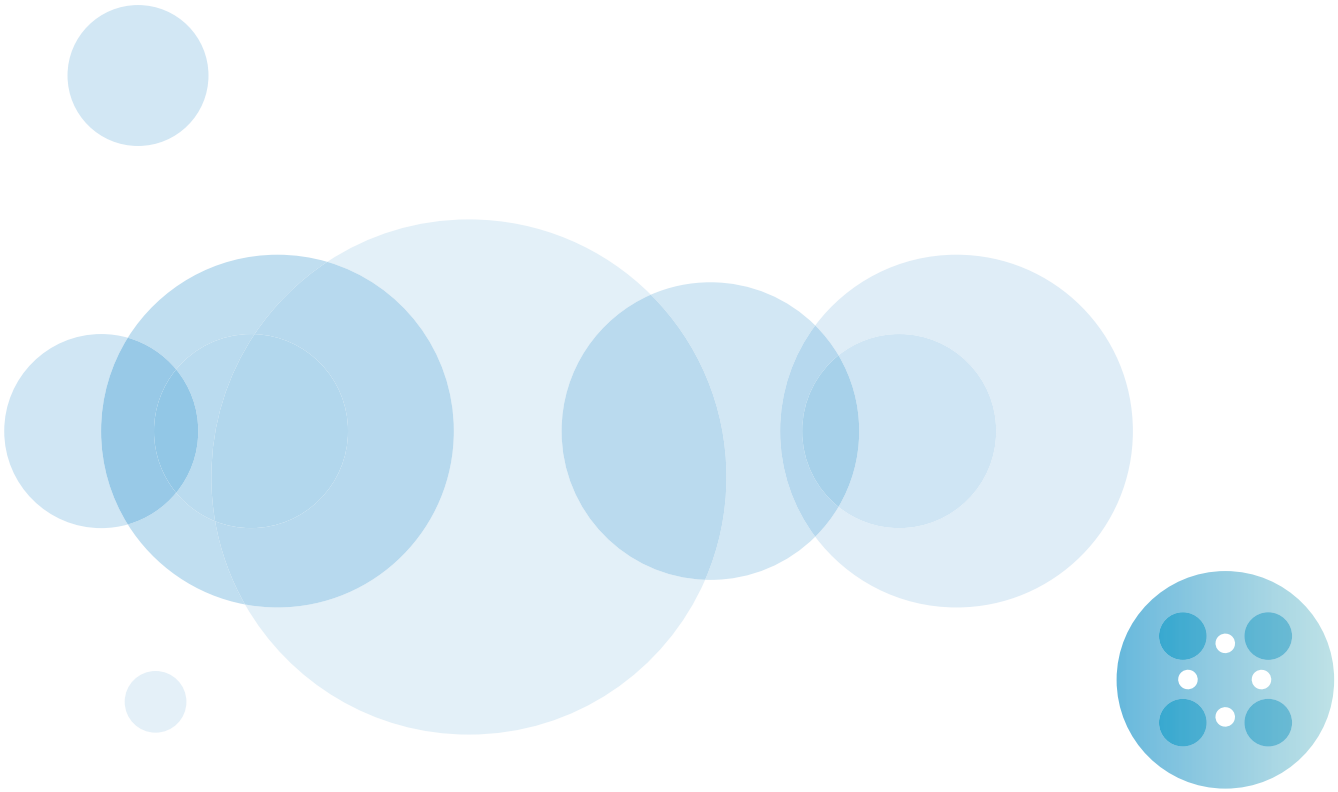
Høringsnotat

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Samhandlingsreformen



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Høringsnotat

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Samhandlingsreformen

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Del I. Innledning – bakgrunn for forslagene 25
1 Høringsnotatets hovedinnhold 25
1.1 Innledning 25
1.2 Oppsummering av høringsnotatets forslag 26
2 Bakgrunn for høringsnotatet 33
3 Dagens helse- og omsorgstjeneste i kommunene – utviklingstrekk og fremtidige utfordringer 34
3.1 Omfanget av kommunale helse- og sosialtjenester 34
3.2 Utviklingstrekk og fremtidige utfordringer 35
3.2.1 Sentrale utviklingstrekk 35
3.2.2 Fremtidige utfordringer 38
4 Føringer for forslag til ny lovregulering 41
4.1 Grunnleggende verdier og prinsipper 41
4.2 Harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning 42
4.3 Oppfølging av samhandlingsmeldingen 42
4.3.1 Rammene for fremtidens kommunerolle 43
4.3.2 Bedre legetjeneste i kommunene innenfor fremtidens kommunerolle 44
4.3.3 Understøtte klarere pasientrolle og helhetlig pasientforløp 44
4.3.4 Tilrettelegging for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste. 45
4.3.5 Tilrettelegging for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse 45
Del II. Høringsforslagets innhold 46
5 Sentrale hovedtrekk i lovforslaget 46
6 Lovforslagets struktur, formål og virkeområde 47
6.1 Innledning 47
6.2 Lovforslagets struktur 47
6.2.1 Dagens lovstruktur 47
6.2.2 Ulike lovmodeller 48
6.2.3 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og Stortingets behandling av meldingen 50
6.2.4 Departementets vurderinger og forslag 50

6.3 Lovforslagets formål 52
6.3.1 Gjeldende rett 52
6.3.2 Forslag i NOU 2004: 18 Helhet- og plan i sosial- og helsetjenesten - høringsinnspill 53
6.3.3 Departementets vurderinger og forslag 53
6.4 Lovforslagets virkeområde 54
6.4.1 Gjeldende rett 54
6.4.2 Forslag i NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten - høringsinnspill 55
6.4.3 Departementets vurderinger og forslag 55
6.5 Lovforslagets definisjoner og begrepsbruk 57
7 Forholdet til annen lovgivning 58
7.1 Innledning 58
7.2 Helsepersonelloven 59
7.2.1 Gjeldende rett 59
7.2.2 Behov for endringer 59
7.2.2.1 Utviklingstrekk knyttet til tjenestene 59
7.2.2.2 NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten og høringsinstansenes uttalelser 60
7.2.2.3 Andre utredninger/prosesser 60
7.2.3 Departementets vurdering og forslag 61
7.2.4 Administrative og økonomiske konsekvenser 63
7.3 Helseregisterloven 63
7.3.1 Gjeldende rett 63
7.3.2 Problemstilling og bakgrunn for denne 64
7.3.3 Departementets vurderinger og forslag 64
7.3.4 Administrative og økonomiske konsekvenser 66
7.4 Pasientskadeloven 67
7.4.1 Gjeldende rett – særlige problemstillinger 67
7.4.2 Departementets vurderinger og forslag 68
7.4.3 Administrative og økonomiske konsekvenser 69
7.5 Pasientrettighetsloven 69

7.6 Lov 18. desember 2009 nr. 13 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen 69
7.6.1 Gjeldende rett 69
7.6.2 Departementets vurderinger og forslag 69
7.6.3 Administrative og økonomiske konsekvenser....70
7.7 Barnevernloven 70
7.7.1 Gjeldende rett 70
7.7.2 Departementets vurderinger og forslag 70
7.8 Diskrimineringslovgivningen....70
7.8.1 Gjeldende rett 70
7.8.2 Departementets vurderinger og forslag 71
7.9 Lov om kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne....72
7.10 Tannhelsetjenesteloven 72
7.11 Forholdet til forslag til ny lov om folkehelsearbeid 72
7.12 Forholdet til internasjonale menneskerettigheter 73
7.12.1 Oversikt 73
7.12.2 Departementets vurdering 74
8 Nærmere om forholdet til helsepersonelloven....75
8.1 Innledning 75
8.2 Regulering av yrkesutøvelsen 75
8.2.1 Krav til personellets yrkesutøvelse – helsepersonelloven kapittel 2....75
8.2.2 Særlig om krav til forsvarlighet – helsepersonelloven § 4....77
8.2.3 Krav til organisering av virksomhet – helsepersonelloven kapittel 3 78
8.2.4 Meldeplikt – helsepersonelloven kapittel 7....79
8.2.5 Dokumentasjonsplikt – helsepersonelloven kapittel 8 79
8.2.6 Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning – helsepersonelloven kapittel 4, 9 og 10 81
8.2.7 Reaksjoner ved brudd m.v. på lovens bestemmelser - helsepersonelloven kapittel 11 82
8.2.8 Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnd - helsepersonelloven kapittel 12 82
8.2.9 Forskjellige bestemmelser - helsepersonelloven kapittel 13....82
8.3 Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt....83

8.3.1 Gjeldende rett 83
8.3.1.1 Innledning....83
8.3.1.2 Forvaltningsmessig og profesjonsbestemt taushetsplikt 83
8.3.1.3 Nærmere om forvaltningsmessig taushetsplikt 84
8.3.1.4 Nærmere om helsepersonells taushetsplikt 84
8.3.1.5 Unntak fra taushetsplikten....85
8.3.1.6 Departementets vurdering og forslag 87
8.3.1.7 Forholdet til lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen 92
8.4 Administrative og økonomiske konsekvenser 92
8.4.1 Innledning....92
8.4.2 Personell 92
8.4.3 Journalføring 94
8.4.4 Behov for opplæring i nytt regelverk 94
9 Forholdet til forvaltningsloven 95
9.1 Gjeldende rett....95
9.1.1 Generelt 95
9.1.2 Forvaltningsloven....95
9.1.3 Sosialtjenesteloven 96
9.1.4 Kommunehelsetjenesteloven....96
9.1.5 Pasientrettighetsloven....97
9.1.6 Spesialisthelsetjenesteloven 97
9.1.7 Helseforetaksloven 97
9.2 Forslag i NOU 2004: 18 og uttalelser fra høringsinstansene 98
9.3 Prosedyrer og praksis ved tildeling av hjelp 99
9.3.1 Sosiale tjenester....99
9.3.2 Kommunehelsetjenester 100
9.3.3 Spesialisthelsetjenester....100
9.4 Departementets vurderinger og forslag....101
9.4.1 Innledning....101
9.4.2 Enkelte utviklingstrekk 101
9.4.3 Forvaltningsloven kapittel II og III 102

9.4.4 Avgjørelser om tildeling og avslag på hjelp – forvaltningsloven kapittel IV og V 103
9.4.5 Nærmere om departementets forslag - lovforankring 105
9.4.6 Samlet vedtak 106
9.4.7 Forvaltningslovens anvendelse ved klagebehandling 106
9.5 Administrative og økonomiske konsekvenser 106
10 Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester ... 107
10.1 Innledning 107
10.2 Gjeldende rett 107
10.2.1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester 107
10.2.2 Regulering av hvordan kommunen ivaretar ansvaret 108
10.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter 109
10.4 Departementets vurdering og forslag 109
10.4.1 Kommunens overordnede ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester 109
10.4.2 Nærmere om hvordan kommunene skal ivareta ansvaret 110
10.4.3 Endring av tilsynsloven 111
10.4.4 Om ansvaret for regionale helseforetak 112
10.5 Departementets vurdering av privat virksomhet i kommunehelsetjenesten 112
10.6 Økonomiske og administrative konsekvenser 115
11 Kommunens plikt til å tilby eller yte konkrete helse- og omsorgstjenester 115
11.1 Overordnet om gjeldende rett 115
11.1.1 Innledning 115
11.1.2 Regelverkets struktur og enkelte hovedforskjeller 115
11.1.3 Organisering av tjenestene 116
11.2 Gjeldende rett – helsetjenester 119
11.2.1 Innledning 119
11.2.2 Legetjenester, herunder legevakt, fastlegeordning og samfunnsmedisin 120
11.2.3 Legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste 121
11.2.4 Habilitering og rehabilitering 121
11.2.5 Fysioterapitjeneste 122
11.2.6 Jordmortjeneste 122

11.2.7 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste 122
11.2.8 Sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie 123
11.2.9 Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie 123
11.2.10 Helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger fengsler i kriminalomsorgen 124
11.2.11 Transport av behandlingspersonell 125
11.2.12 Kort om sammenhengen mellom helsetjenestens plikter og den enkeltes rettigheter 125
11.3 Gjeldende rett - sosiale tjenester og hjelpetiltak 125
11.3.1 Innledning 125
11.3.2 Generelle oppgaver 126
11.3.3 Opplysning, råd og veiledning 126
11.3.4 Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse 127
11.3.5 Avlastningstiltak for personer og familier med et særlig tyngende omsorgsarbeid 127
11.3.6 Støttekontakt 127
11.3.7 Boliger med heldøgns omsorgstjenester 128
11.3.8 Omsorgslønn 129
11.3.9 Hjelpetiltak overfor rusmiddelmisbrukere 129
11.3.10 Kort om sammenhengen mellom sosialtjenestens plikter og den enkeltes rettigheter 129
11.3.11 Særregler om rusmiddelmisbrukere og psykisk utviklingshemmede, herunder bestemmelser om bruk av tvang 130
11.4 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter 130
11.4.1 NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten 130
11.4.2 NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt 131
11.4.3 St.meld. nr. 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen 131
11.5 Departementets overordnede vurderinger og forslag knyttet til regulering av kommunens plikter 132
11.5.1 Innledning 132
11.5.2 Overordnede problemstillinger knyttet til regulering 133
11.5.2.1 Felles regulering av kommunens plikt til å yte helse- og omsorgstjenester 133
11.5.2.2 Pliktlov eller rettighetslov? 133

11.5.2.3 Angivelse av kommunens plikter ved bruk av generelle begreper eller spesifikk opplisting av tjenester og profesjonsytelser? 134
11.6 Departementets vurderinger og forslag knyttet til konkret regulering av kommunens plikter 138
11.6.1 Om rammene for kommunens plikter 138
11.6.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid 143
11.6.3 Svangerskaps- og barselomsorgstjenester 145
11.6.4 Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste 146
11.6.5 Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning 147
11.6.6 Medisinsk, sosial og psykososial habilitering og rehabilitering 147
11.6.7 Andre helse- og omsorgstjenester, herunder hjemmetjenester, heldøgns tilbud i eget hjem eller institusjon, personlig assistanse og avlastningstiltak 148
11.6.8 Særlig om psykisk helsetjeneste og rustjeneste 150
11.6.9 Nærmere om ernæringsarbeid/kostveiledning 153
11.6.10 Nærmere om enkelte tjenester som tidligere har vært eksplisitt lovregulert 153
11.6.10.1 Innledning 153
11.6.10.2 Sykepleietjenester, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie 154
11.6.10.3 Fysioterapitjenester 154
11.6.10.4 Støttekontakt 154
11.6.11 Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen 154
11.6.12 Omsorgslønn 155
11.6.13 Boliger til vanskeligstilte 155
11.6.14 Bruker- og pårørendeopplæring. 156
11.6.15 Brukerstyrt personlig assistanse 157
11.6.16 Transport av behandlingspersonell 159
11.7 Nærmere om forskriftshjemmel 159
11.7.1 Gjeldende rett 159
11.7.2 Departementets vurderinger og forslag 160
11.8 Administrative og økonomiske konsekvenser 160
12 Fremtidens kommunerolle og forholdet til spesialisthelsetjenesten 160

12.1 Innledning....160
12.2 Departementets vurderinger av forholdet mellom spesialisthelsetjenesteloven og ny kommunal helse- og omsorgslov....161
12.3 Fremtidens kommunerolle og forholdet til lovgivningen....162
12.3.1 Kort om fremtidens kommunerolle....162
12.3.2 Rettslig vurdering av den nye kommunerollen....163
13 Særlig om kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp....164
13.1 Hva er øyeblikkelig hjelp?....164
13.2 Gjeldende rett....165
13.3 Behovet for presisering av lovregulering....165
13.4 Departementets vurderinger og forslag....167
13.4.1 Plikt for kommunene til å motta og vurdere pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp....167
13.4.2 Døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp 168
13.5 Økonomiske og administrative konsekvenser....169
14 Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid....170
14.1 Innledning....170
14.1.1 Utfordringsbildet....170
14.1.2 Forebyggende helsetjenester....171
14.2 Gjeldende rett....173
14.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter....174
14.3.1 NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten....174
14.3.2 St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge....174
14.3.3 St. meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal Strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller....175
14.3.4 St.meld. nr. 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen....175
14.3.5 Innst. 212 Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform....176
14.3.6 St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester....177
14.4 Departementets vurdering og forslag....177
14.4.1 Generelt....177
14.4.2 Opplysning, råd og veiledning....178

14.4.3 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste 180
14.4.4 Svangerskaps- og barselomsorgstjenester - jordmortjenester 182
14.4.5 Allmennlegetjenesten 183
14.4.6 Lærings- og mestringsaktiviter / frisklivstilbud 184
14.4.7 Forebyggende psykisk helsearbeid og forebygging av rusmiddelavhengighet 185
14.4.8 Forebygging i omsorgstjenesten 186
14.5 Forslag til lovregulering 187
14.6 Administrative og økonomiske konsekvenser 187
15 Kommunelegens rolle - medisinsk-faglig rådgiver 187
15.1 Gjeldende rett 187
15.2 Forslag i St.meld. nr. 47 - Samhandlingsreformen 190
15.3 Dagens situasjon 190
15.4 Departementets vurderinger og forslag 191
15.5 Administrative og økonomiske konsekvenser 194
16 Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegene 194
16.1 Gjeldende rett - innledning 194
16.2 Stortingets overordnede føringer ved innføringen av fastlegeordningen 196
16.3 Lov og forskrift 197
16.3.1 Kommunehelsetjenesteloven 197
16.3.2 Fastlegeforskriften 198
16.4 Avtaleverket 201
16.4.1 Statsavtalen 201
16.4.2 Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening 201
16.4.3 Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening 203
16.4.4 Individuelle avtaler mellom kommune og fastlege 204
16.4.5 Kollektivavtalen – avtale mellom Helsedirektoratet og Den norske legeforening 204
16.5 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter 205
16.5.1 NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt 205
16.5.2 St.meld. nr. 47 (2008-2009) 206
16.5.3 Innst. 212 S (2009-2010) fra Helse- og omsorgskomiteen 207

16.6 Departementets vurderinger og forslag 208
16.6.1 Kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen 208
16.6.2 Kvalitetssystemer – faglig støtte og tilbakemeldinger på praksis 210
16.6.3 Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering 210
16.6.4 Forslag til endringer i fastlegeforskriften 210
16.6.4.1 Innledning 210
16.6.4.2 Tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar 211
16.6.4.3 Fastlegenes listeansvar 211
16.6.4.4 Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering 214
16.6.4.5 Allmennmedisinske offentlige legeoppgaver 215
16.6.5 Forslag om endringer i finansieringsmodell 216
16.6.6 Legevakt 216
16.6.7 Fastlegenes innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner 217
16.6.8 Legefordeling til kommunehelsetjenesten 217
16.7 Administrative og økonomiske konsekvenser 218
17 Undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning 219
17.1 Innledning 219
17.2 Gjeldende rett 219
17.3 Forslag i St.meld. nr. 47 (2002-2009) Samhandlingsreformen – Stortingets behandling av meldingen 220
17.4 Departementets vurderinger og forslag 220
17.5 Økonomiske og administrative konsekvenser 222
18 Forskning 222
18.1 Innledning 222
18.2 Bakgrunn 223
18.2.1 Oppfølging av samhandlingsreformen 223
18.2.2 Forskning i, om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren .223
18.3 Departementets vurderinger og forslag 224
18.3.1 Forskning som grunnlag for kvalitet i tjenesten 224
18.3.2 Forskning i avtaleverket mellom kommuner og helseforetakene 225
18.4 Økonomiske og administrative konsekvenser 226

19 Krav om forsvarlige tjenester, kvalitet og pasientsikkerhet 226
19.1 Innledning og bakgrunn 226
19.2 Om kommunens plikt til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester 228
19.2.1 Gjeldende rett 228
19.2.2 Departementets vurdering og forslag 229
19.2.3 Økonomiske og administrative konsekvenser 230
19.3 Pasientsikkerhet 230
19.4 Lovgivning om pasientsikkerhet 232
19.4.1 Generelt 232
19.4.2 Lovgivning om pasientsikkerhet i noen andre land 233
19.4.2.1 Danmark 233
19.4.2.2 Sverige 234
19.4.2.3 Finland 235
19.4.2.4 USA 236
19.4.3 Norge 236
19.4.3.1 Gjeldende rett 236
19.5 Departementets vurderinger om regulering av pasientsikkerhet 239
19.5.1 Pasientsikkerhetsbegrepet 239
19.5.1.1 Systematisk pasientsikkerhetsarbeid generelt 240
19.5.1.2 Kvalitetsutvalgenes rolle i systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid 242
19.6 Kvalitet 244
19.6.1 Gjeldende rett 244
19.6.1.1 Lov- og forskriftsbestemmelser hvor kvalitetsbegrepet brukes: 244
19.6.1.2 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002 245
19.6.1.3 Forsvarlighetskravet 246
19.6.2 Definisjon av kvalitet 246
19.6.3 Helsedirektoratets rolle som faglig veileder 247
19.6.4 Departementets vurderinger og forslag 247
19.6.4.1 Innledning 247
19.6.4.2 Definisjon av kvalitet 248

19.6.4.3 Innføring av krav om systematisk arbeid for å ivareta kvalitet. Forholdet til forsvarlighetskravet 248
19.6.4.4 Innføring av krav til systematisk arbeid for å ivareta kvalitet. Forholdet til internkontroll 248
19.6.4.5 Lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav iht. forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 251
19.6.4.6 Helsedirektoratets rolle som faglig veileder....251
19.7 Økonomiske og administrative konsekvenser 253
20 Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – materielle rettigheter 254
20.1 Innledning....254
20.2 Gjeldende rett - helsetjenester 255
20.2.1 Rett til nødvendig helsehjelp 255
20.2.2 Rett til øyeblikkelig hjelp 256
20.2.3 Særlige rettigheter for barn 256
20.3 Gjeldende rett – sosiale tjenester....257
20.3.1 Rett til sosiale tjenester 257
20.3.2 Rett til vedtak om tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver 258
20.3.3 Rettigheter under opphold i institusjon/bolig etter sosialtjenesteloven kapittel 7 258
20.4 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter 258
20.4.1 Forslag i NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten ..258
20.4.1.1 Utvalgets forslag til rettighetsbestemmelser 258
20.4.1.2 Utvalgets forslag til nye regler om vilkår for tildeling av tjenester259
20.4.2 Forslag i NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste....259
20.4.2.1 Styrking av pasientperspektivet 259
20.4.2.2 Styrking og endring av ordningen med individuell plan....260
20.4.2.3 Pasientopplæring og informasjon....260
20.4.3 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen....260
20.5 Departementets vurderinger og forslag 261
20.5.1 Nærmere om dagens rettighetsregulering 261
20.5.2 Strukturelle valg ved utforming av ny lovregulering....262
20.5.3 Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester....263

20.5.4 Rett til øyeblikkelig hjelp 264
20.5.5 Barns rett til helsekontroll 265
20.5.6 Rett til verdig tjenestetilbud 266
20.5.7 Rettigheter under opphold i institusjon/bolig 268
20.5.8 Rett til vedtak ved særlig tyngende behov 268
20.6 Administrative og økonomiske konsekvenser 269
21 Prosessuelle rettigheter 269
21.1 Innledning 269
21.2 Gjeldende rett - helsetjenester 269
21.2.1 Rett til medvirkning 269
21.2.2 Rett til informasjon 270
21.2.3 Rett til samtykke 271
21.2.4 Rett til å stå på liste hos fastlege 271
21.2.5 Rett til individuell plan 271
21.3 Gjeldende rett – sosiale tjenester 272
21.3.1 Rett til medvirkning 272
21.3.2 Rett til informasjon 272
21.3.3 Barns rettigheter under saksbehandlingen 272
21.4 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter 273
21.4.1 Forslag i NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten ..273
21.4.1.1 Utvalgets forslag til nye rettighetsbestemmelser 273
21.4.1.2 Utvalgets forslag til nye regler om vilkår for tildeling av tjenester273
21.4.1.3 Medvirkning 273
21.4.1.4 Informasjon 274
21.4.1.5 Samtykke 274
21.4.2 Forslag i NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste 274
21.4.2.1 Styrking av pasientperspektivet 274
21.4.2.2 Styrking og endring av ordningen med individuell plan 275
21.4.2.3 Pasientopplæring og informasjon 275
21.4.3 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen 275
21.5 Departementets vurderinger og forslag 276

21.5.1 Innledning 276
21.5.2 Rett til medvirkning og informasjon 276
21.5.3 Rett til samtykke 277
21.5.4 Rett til individuell plan 277
21.5.5 Rett til fastlege 277
21.5.6 Rett til journalinnsyn 277
21.5.7 Barns partsrettigheter under saksbehandlingen 278
21.6 Administrative og økonomiske konsekvenser 278
22 Individuell plan 279
22.1 Gjeldende rett 279
22.1.1 Reglene om individuell plan i helse- og sosiallovgivningen 279
22.1.2 Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven 280
22.2 Tidligere forslag om styrking av individuell plan og koordinatorrolle ..280
22.2.1 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene ..280
22.2.2 Forslag i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste 281
22.2.3 Forslag i St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S (2009-2010) 281
22.3 Erfaringer med individuell plan 282
22.4 Departementets vurderinger og forslag 283
22.4.1 Generelt 283
22.4.2 Rettighet og plikt 283
22.4.3 Ansvarlig tjenestenivå ved behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten 283
22.4.4 Koordinator 284
22.4.5 Plikt for personell til å delta i arbeidet med individuell plan og plikt til å melde fra om behov for individuell plan 286
22.5 Økonomiske og administrative konsekvenser 286
23 Nærmere om koordineringsansvar 287
23.1 Gjeldende rett 287
23.1.1 Generelt 287

23.1.2 Forskrift om habilitering og rehabilitering - plikt til å ha en koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten 287
23.1.3 Fastlegenes koordinerende ansvar 287
23.1.4 Pasientansvarlig lege 288
23.2 Erfaringer med dagens ordninger 289
23.2.1 Plikten til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten 289
23.2.2 Pasientansvarlig lege 289
23.3 Departementets vurderinger og forslag 290
23.3.1 Generelt 290
23.3.2 Koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten 290
23.3.3 Pasientansvarlig koordinator i stedet for pasientansvarlig lege 291
23.4 Økonomiske og administrative konsekvenser 292
24 Samarbeid mellom kommuner 292
24.1 Innledning 292
24.2 Krav til samarbeid etter kommunehelsetjenesteloven 293
24.3 Ulike interkommunale samarbeidsmodeller 294
24.3.1 Innledning 294
24.3.2 Interkommunalt styre etter kommuneloven § 27 295
24.3.3 Interkommunalt selskap 295
24.3.4 Aksjeselskap 296
24.3.5 Vertskommune 296
24.3.6 Forslag om ny samkommunemodell 297
24.4 Departementets vurderinger og forslag 298
24.4.1 Departementets vurdering av de ulike samarbeidsmodellene i lys av ny framtidig kommunerolle 298
24.4.2 Forslag til krav om samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner 299
24.4.3 Økonomiske og administrative konsekvenser 300
25 Avtalebasert lovpålagt samarbeid 300
25.1 Innledning 300
25.2 Gjeldende rammeavtale med KS 301
25.3 NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste 302
25.4 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen 303

25.5 Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform 304
25.6 Departementets vurderinger og forslag 304
25.6.1 Nærmere om samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak 306
25.6.1.1 Avtaler om utførelsen av det lovpålagte ansvaret 306
25.6.1.2 Avtaler som verktøy for å understøtte samhandling 308
25.6.1.3 Avtaler som verktøy for gjennomføringen av fremtidens kommunerolle innenfor helse- og omsorgssektoren....309
25.6.1.4 Forholdet til regelverket om offentlige anskaffelser 310
25.6.1.5 Partsforhold i samarbeidsavtalene....313
25.6.2 Samarbeidsavtaler mellom kommuner....314
25.6.3 Organisering av samarbeid mellom kommuner og foretak 314
25.6.4 Avtalebasert samarbeid med felles eierskap til virksomheten 315
25.6.5 Krav til samarbeidsavtalenes innhold 316
25.6.6 Melding om inngåtte samarbeidsavtaler og håndtering av uenighet mellom avtalepartene før avtaleinngåelse....317
25.7 Håndtering av tvister etter avtaleinngåelse 318
25.8 Økonomisk og administrative konsekvenser....318
26 Klageordning....319
26.1 Innledning....319
26.2 Dagens organisering av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket 319
26.3 Gjeldende rett 321
26.3.1 Sosialtjenesteloven 321
26.3.2 Kommunehelsetjenesteloven....322
26.3.3 Pasientrettighetsloven....323
26.3.4 Forvaltningsloven....324
26.4 Forslag i NOU 2004: 18 - uttalelser fra høringsinstansene....325
26.5 Departementets vurderinger og forslag 328
26.5.1 Generelt 328
26.5.2 Hva bør det være adgang til å klage på? 328
26.5.3 Hvem skal klagen sendes til? 328
26.5.4 Underinstansens kompetanse 329
26.5.5 En eller to klageinstanser?....329

26.5.6 Felles klage- og tilsynsinstans 330
26.5.7 Overordnet faglig ansvar og direkte styringslinje 330
26.5.8 Hvem bør være klageinstans? 331
26.5.9 Klageinstansens kompetanse 332
26.6 Administrative og økonomiske konsekvenser 335
27 Tilsyn 335
27.1 Innledning 335
27.2 Gjeldende rett 336
27.2.1 Tilsyn med helsetjenesten 336
27.2.2 Tilsyn med sosialtjenesten 337
27.2.3 Kommuneloven kapittel 10 A 338
27.2.4 Hvilke premisser ble lagt i forarbeidene til kommuneloven kapittel 10 A? 339
27.3 Forslag i NOU 2004:17 (Aasland-utvalget) og Ot. prp. nr 97 (2005-2006) 340
27.4 Meld. St. 7 (2009-2010) Gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene 340
27.5 Forslag i NOU 2004:18 og uttalelser fra høringsinstansene 340
27.6 Evaluering av integrering av fylkeslegeembetet i fylkemannsembetet .. 341
27.7 Departementets vurdering og forslag 342
27.7.1 Overordnet faglig tilsyn 342
27.7.2 Hvem bør være regional tilsynsinstans? 343
27.7.3 Harmonisering av tilsynet til prinsippene i kommuneloven kapittel 10 A - lovlighetstilsyn mv. 344
27.7.4 Særlig om myndighet til å gi pålegg 345
27.7.5 Lovforslag 345
27.8 Økonomiske og administrative konsekvenser 346
28 Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet 346
28.1 Gjeldende rett 346
28.2 Forslag i NOU 2004-18 347
28.3 Departementets vurderinger og forslag 348
28.3.1 Innledning 348
28.3.2 Alternative løsninger 348
28.4 Økonomiske og administrative konsekvenser 350

29 Finansiering og egenbetaling 350
29.1 Gjeldende rett 350
29.1.1 Kommunens ansvar for utgifter til helse- og sosialtjenesten 350
29.1.2 Finansiering av, og egenbetaling for, pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon 351
29.1.3 Finansiering av, og egenbetaling for, pleie- og omsorgstjenester i institusjon 352
29.1.4 Folketrygdens finansiering av, og egenandeler for, kommunale helsetjenester 352
29.2 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter 354
29.2.1 St. meld nr. 45 (2002-2003) "Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene" 354
29.2.2 Høringsnotat 2004 "Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester".354
29.2.3 NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten....355
29.2.4 St. meld. nr 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer"....355
29.3 Departementets vurderinger og forslag 356
29.3.1 Kommunens ansvar for utgifter til helse- og omsorgstjenestene 356
29.3.2 Egenbetaling....356
30 Kommunal medfinansiering....357
30.1 Innledning....357
30.2 Gjeldende rett 357
30.3 Forslag i St. meld. nr. 47 "Samhandlingsreformen" 358
30.4 Innst. 212 S (2009-2010) fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform 359
30.5 Departementets vurderinger og forslag 360
30.5.1 Ulike finansieringsmodeller 360
30.5.2 Forslag til forskriftshjemmel....361
30.6 Økonomiske og administrative konsekvenser....362
31 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter....363
31.1 Innledning....363
31.2 Gjeldende rett 364
31.3 Ordningen i andre land....365

31.4 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter 366
31.4.1 NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten 366
31.4.2 St.meld. nr. 47 (2008-2009) - Samhandlingsreformen 366
31.4.3 Innst. 212 S fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform 368
31.5 Departementets vurderinger og forslag 369
31.5.1 Innledning 369
31.5.2 Om ordningen med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter 369
31.5.3 Departementets forslag 371
31.5.3.1 Regulering i lov 371
31.5.3.2 Nærmere om fremtidig forskrift om kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter – forholdet til samarbeidsavtalene 372
31.6 Administrative og økonomiske konsekvenser 373
32 Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling 374
32.1 Elektronisk samhandling som målsetting 374
32.2 Allerede igangsatt arbeid med lov og forskrift 375
32.3 Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger 376
32.3.1 Bakgrunn 376
32.3.2 Gjeldende rett 376
32.3.3 Behovet for endringer 377
32.3.4 Departementets vurderinger og konklusjon 378
32.3.5 Økonomiske og administrative konsekvenser 379
32.4 Forsvarlige IKT-systemer og hensynet til elektronisk samhandling 380
32.4.1 Gjeldende rett 380
32.4.2 Behov for endringer 380
32.4.3 Departementets vurdering og forslag 380
32.4.4 Økonomiske og administrative konsekvenser 381
32.5 Krav til funksjonalitet og standarder 381
32.5.1 Behovet for standardisering 381
32.5.2 Gjeldende rett 383
32.5.3 Departementets vurderinger 384
32.5.4 Økonomiske og administrative konsekvenser 384

32.6 Sertifisering 385
32.6.1 Hva er sertifisering? 385
32.6.2 Behovet for sertifisering 385
32.6.3 Gjeldende rett 386
32.6.4 Departementets vurdering 386
32.6.5 Økonomiske og administrative konsekvenser 387
33 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning 388
33.1 Innledning 388
33.2 Gjeldende rett 388
33.2.1 Generelt 388
33.2.2 Virkeområde 389
33.2.3 Rett til medvirkning og informasjon – krav til forebygging 390
33.2.4 Vilkår for bruk av tvang og makt – i hvilke situasjoner kan tvang og makt brukes? 390
33.2.5 Kommunens saksbehandling og Fylkesmannens overprøving 391
33.2.6 Krav til gjennomføring og evaluering 392
33.2.7 Klage og overprøving i tingretten 392
33.2.8 Spesialisthelsetjenestens ansvar og rolle 393
33.3 Forslag i NOU 2004:18 394
33.4 Departementets vurderinger og forslag 394
33.5 Økonomiske og administrative konsekvenser 395
34 Særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere, herunder bruk av tvang 395
34.1 Innledning 395
34.2 Gjeldende rett 396
34.2.1 Plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende 396
34.2.2 Inntak og tilbakehold i institusjon uten samtykke 396
34.2.3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere 397
34.2.4 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke 397
34.2.5 Saksbehandlingsregler og overprøvingsadgang 398
34.3 Forslag i NOU 2004: 18 - uttalelser fra høringsinstansene 398
34.4 Evalueringsrapport 399

34.5 Departementets vurderinger og forslag 400
34.6 Økonomiske og administrative konsekvenser 401
35 Pasient- og brukermedvirkning 401
35.1 Gjeldende rett 401
35.2 Departementets vurdering og forslag 401
35.3 Økonomiske og administrative konsekvenser 402
36 Beredskapsarbeid 402
36.1 Innledning – generelt om beredskapsarbeid 402
36.2 Gjeldende rett 403
36.2.1 Helselovgivningen 403
36.2.1.1 Kommunehelsetjenesteloven 403
36.2.1.2 Smittevernloven 404
36.2.2 Sosialtjenesteloven 404
36.2.3 Lov om helsemessig og sosial beredskap 405
36.2.4 Annen beredskapslovgivning 405
36.3 Forslag i samhandlingsmeldingen 405
36.4 Departementets vurderinger og forslag 405
36.5 Administrative og økonomiske konsekvenser 406
37 Politiattest 406
37.1 Innledning 406
37.2 Gjeldende rett 407
37.2.1 Kommunehelsetjenesteloven 407
37.2.2 Sosialtjenesteloven 408
37.3 Departementets vurderinger 408
37.4 Økonomiske og administrative konsekvenser 410
38 Andre temaer og forslag 410
38.1 Pasientforløp i spesialisthelsetjenesten – behov for lovendringer? 410
38.1.1 Innledning 410
38.1.2 Bakgrunn 410
38.1.3 Nærmere om regelverket – behov for lovendringer? 411
38.2 Forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven om tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister 413

38.2.1 Innledning....413
38.2.2 Gjeldende avtale- og regelverk for tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister....414
38.2.3 Departementets vurdering og forslag....414
38.3 Justering av helsepersonellovens definisjon av "helsehjelp"?....415
38.4 Flytting av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet....415
38.4.1 Bakgrunn....415
38.4.2 Kunnskapsgrunnlag om meldeordninger....417
38.4.2.1 Generelt....417
38.4.2.2 Særlig om konfidensialitet og anonymitet....418
38.4.3 Anbefalinger om meldeordninger, sanksjoner og konfidensialitet m.m. fra internasjonale organer....419
38.4.3.1 WHO....419
38.4.3.2 Europarådet....419
38.4.3.3 EU....419
38.4.4 Meldesystemet iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3....420
38.4.4.1 Historikk. Gjeldende rett....420
38.4.4.2 Helsetilsynet i fylkets håndtering av meldingene....421
38.4.4.3 Meldeplikten iht. § 3-3 og administrative reaksjoner/påtalespørsmål422
38.4.4.4 Utrykningsgruppen i Statens helsetilsyn og forholdet til meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3....422
38.4.4.5 Anonymitet og konfidensialitet i dagens meldeordning iht. § 3-3 .423
38.4.5 Departementets vurderinger og forslag om endret meldeordning....424
38.4.5.1 Merverdi ved å flytte meldeordningen fra Helsetilsynet i fylket til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten....424
38.4.5.2 Kvalitetsutvalg og saksgang i helseforetakene....425
38.4.5.3 Anonymitet og konfidensialitet i endret meldeordning....426
38.4.5.4 Nærmere om behandling av meldingene i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet....426
38.4.5.5 Helsetilsynets informasjonsbehov....427
38.4.5.6 Meldekriterier....429
38.4.5.7 Diskusjon av pliktsubjektet....430

38.4.5.8 Meldeordningens omfang....431
38.4.5.9 Forbud mot bruk av § 3-3 meldinger som grunnlag for administrative reaksjoner mv mot det enkelte helsepersonell....432
38.4.5.10 Etablering av helseregister....432
38.4.6 Økonomiske og administrative konsekvenser ved å flytte meldeordningen iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3....433
38.5 Tekniske endringer som følge av ny lov....433
39 Økonomiske og administrative konsekvenser....434
39.1 Innledning....434
39.2 Nærmere om økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslagene 434
40 Merknader til de enkelte bestemmelsene i lovforslaget....436
Del III. Lovforslag....453
Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester....453
Forslag til endringer i andre lover....471

Del I. Innledning – bakgrunn for forslagene

1 Høringsnotatets hovedinnhold

1.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslagene i høringsnotatet vil erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg foreslås det endringer i andre lover, blant annet i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. I dag sendes også ut høringsnotat med forslag til ny folkehelselov som skal erstatte lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og enkelte bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven.

Fristen for å avgi høringsuttalelse er 18. januar 2011.

Høringsforslaget er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. I tillegg følger høringsnotatet opp NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Målene med samhandlingsreformen er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Samtidig som forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov sendes på høring, sender departementet som nevnt også forslag til ny folkehelselov på høring, samt gjennomfører en nettbasert høring om Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Når det gjelder høringsnotatets konkrete forslag vises det til punkt 1.2 hvor det er inntatt en redegjørelse for forslagene som er diskutert i høringsnotatets ulike kapitler. Mer overordnet vil departementet vise til at forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester (”sørge-for-ansvar”), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet

og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstans. Det foreslås at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Forslaget innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, men at de samles i pasientrettighetsloven. Det vil medføre at rettighetene blir mer entydige og helhetlige for pasientene og brukerne, som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunen eller til tjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har allerede i dag et slikt ansvar, men det foreslås at dette tydeliggjøres i loven. Dette må særlig ses i sammenheng med høringsnotatet om lov om folkehelsearbeid.

Lovforslaget skal sikre bedre samhandling innad i kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås også å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene. Et lovfestet avtalesystem vil kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre en mer enhetlig praksis.

De lovforslag som foreslås i dette høringsnotatet, høringsnotat om forslag til ny folkehelselov, samt stortingsmeldingen om nasjonal helse og omsorgsplan, er sentrale virkemidler for å understøtte og realisere målene med samhandlingsreformen. Etter at høringen er gjennomført, tar departementet sikte på at lovforslagene fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner og at nasjonal helse- og omsorgsplan fremmes i form av en stortingsmelding våren 2011.

Høringsnotatet er lagt ut på Helse- og omsorgsdepartementets internettside på følgende adresse: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer.html?id=1904. Departementet anmoder høringsinstansene om å oversende høringsuttalelser elektronisk.

1.2 Oppsummering av høringsnotatets forslag

I høringsnotatets *kapittel 2* er det redegjort kort for *bakgrunnen for høringsnotatet*. Som det vil fremgå har samhandling og samhandlingsrelaterte problemstillinger vært diskutert i flere offentlige dokumenter. Kapitlet redegjør kort for disse. I *kapittel 3* er det gitt en redegjørelse for dagens helse- og omsorgstjeneste i kommunene, og da med hovedfokus på *sentrale utviklingstrekk de senere år og fremtidige utfordringer* for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I *kapittel 4* er det gitt en redegjørelse for *sentrale verdier, prinsipper og føringer for forslag til ny lovregulering*.

I høringsnotatets *kapittel 5* er det inntatt en kort redegjørelse for *sentrale hovedtrekk i lovforslaget*. Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal *erstatte*

og harmoniserer dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. Dagens lovmessige skille mellom helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven og omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven vil dermed bli opphevet. Den nye loven vil medføre en felles tjeneste med felles regelverk. Dette er nærmere omtalt i *kapittel 6*.

I lovforslaget foreslås det at *helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester* etter den nye loven. Dette vil innebære at personell som i dag yter tjenester omfattet av sosialtjenesteloven, - men som ikke er å anse for helsehjelp i henhold til helsepersonellovens definisjon - i fremtiden vil være underlagt helsepersonellovens bestemmelser knyttet til yrkesutøvelsen. Forholdet til helsepersonelloven og annen lovgivning er diskutert i høringsnotatets *kapittel 7* og *kapittel 8*.

Etter pasientrettighetsloven er hovedregelen at *forvaltningsloven* ikke gjelder ved tildeling av helsehjelp. I dag gjelder imidlertid forvaltningsloven ved tildeling eller bortfall av sykehjemsplass, for vedtak om hjemmesykepleie og ved tildeling av omsorgstjenester. Etter forslaget foreslås det at forvaltningsloven som hovedregel skal gjelde, med unntak for tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven hvor det foreslås at forvaltningsloven kapittel IV og V ikke skal få anvendelse. Etter departementets vurdering bør imidlertid reglene om enkeltvedtak som utgangspunkt gjelde ved tildeling av hjelp som ytes på institusjon eller i hjemmet, og som strekker seg over et visst tidsrom. Departementet har derfor foreslått at forvaltningsloven likevel skal gjelde ved tildeling av hjemmetjenester og plass i institusjon hvis hjelpen strekker seg over mer enn to uker, jf. høringsnotatets *kapittel 9*. Dette skal innebære en smidigere ordning enn i dag i tilfeller der det er nødvendig å gi akutt og kortvarig hjelp, for eksempel ved behov for korttidsplass i institusjon.

Lovforslaget tydeliggjør *kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester* i form av et såkalt "sørge-for-ansvar", jf. nærmere om dette i *kapittel 10*. Det foreslåtte sørge-for-ansvaret tilsvarer reguleringsformen som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten. Etter departementets oppfatning bør de ulike tjenestenivåenes overordnede ansvar reguleres på en likeartet måte. Den foreslåtte reguleringen vil innebære en tydeligere ansvarsplassering, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. I henhold til forslaget vil kommunen bli gitt stor frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

For å tydeliggjøre hva sørge-for-ansvaret innebærer, foreslås det presisert at kommunen må planlegge, gjennomføre evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov og forskrift. Tilsvarende presisering foreslås også i spesialisthelsetjenesteloven.

Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere, og at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig, helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Når det gjelder *kommunens plikter* foreslås det lovfestet en mer overordnet og profesjonsnøytral angivelse av kommunens plikter, jf. høringsnotatets *kapittel 11*. Etter departementets vurdering vil en slik overordnet måte å regulere kommunens plikter på være mer dynamisk og anvendbar i forhold til helsefaglig utvikling og nye måter å organisere tjenestetilbudet på. Forslaget vil gi større mulighet for lokale tilpasninger og handlefrihet i forhold til en hensiktsmessig organisering av tjenestene ut fra lokale ønsker og behov. Forslaget gir kommunene større frihet når det gjelder organisering av ulike tjenester og når det gjelder sammensetning av nødvendig fagkompetanse for å oppfylle kommunens plikter. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra flere fagprofesjoner. Med unntak for bruk av begrepet "fastlegeordning" er lovforslaget profesjonsnøytralt. Grunnen til at leger er nevnt i lovteksten er ikke at leger skal settes i en særstilling lovgivningsmessig, men at fastlegeordning er et organisatorisk krav til kommunen som følgelig må lovfestes. Profesjonsnøytral lovgivning vil understøtte tjenesteytelse på tvers av fagprofesjoner og samarbeid mellom deltjenester. Profesjonsnøytral lovgivning vil også motvirke at lovfestede profesjoner etter helsepersonelloven fremstår som mer viktige enn de som ikke er eksplisitt lovfestet. Også ordningen med brukerstyrt personlig assistanse diskuteres i kapittel 11. Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett ved at kommunen skal ha plikt til å tilby denne ordningen.

Samhandlingsreformen legger opp til *økt aktivitet i kommunene*. I høringsnotatets *kapittel 12* er det redegjort nærmere for overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som det vil fremgå er det deler av pasientforløp som er aktuelle for "overføring" til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ikke konkrete eller avgrensede oppgaver. Det legges opp til en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene. Det må være en gjensidighet mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar aktiviteter. Lovpålagte avtaler vil være rammen for en slik gjensidig tilpasning.

I *kapittel 13* omtaler departementet behovet for *kommunale tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp*. For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelser for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse og behandling, vil det være av stor betydning at kommunene etablerer døgntilbud. Økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner vil legge til rette for at både kommuner og helseforetak vil se seg tjent med å etablere slike tilbud i kommunene. 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. En eventuell plikt vil i så fall være avgrenset til pasientgrupper der et slikt tilbud anses som like bra eller bedre enn innleggelse ved sykehus for pasienter og henvisende leger.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås det økt fokus på kommunens ansvar for *helsefremmende og forebyggende arbeid*, jf. høringsnotatet *kapittel 14*. Kommunen har allerede i dag et slikt ansvar, men dette foreslås ytterligere tydeliggjort i

lovforslaget. Kommunens samlede ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid må sees i sammenheng med forslag til ny lov om folkehelsearbeid, jf. eget høringsnotat som også er utsendt i dag.

Departementet foreslår å videreføre dagens *kommunelegeordning*, jf. høringsnotatet *kapittel 15*. Departementet mener at medisinskfaglig og samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i kommunene for å utføre de oppgavene de er ansvarlige for av ikke-klinisk karakter etter dette lovforslaget og etter forslaget til ny lov om folkehelsearbeid.

Etter departementets vurdering har *fastlegene* en helt sentral rolle for å nå målsettingene for samhandlingsreformen. I høringsnotatet foreslås en presisering av gjeldende forskriftshjemmel om at det kan gis forskrifter om kvalitets – og funksjonskrav, jf. *kapittel 16*. I den forbindelse tar departementet sikte på å etter hvert foreslå endringer i fastlegeforskriften. Det tas sikte på at mer vil bli regulert i forskrift og mindre i avtaleverket. Departementet vil vurdere forslag for å presisere og utdype fastlegeforskriften med hensyn til hvilke tjenester fastlegene har ansvar for å gi innbyggerne på sin liste, samt vurdere innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende krav om rapportering. Det overordnede målet med slike forskriftsforslag vil være å øke kvaliteten på de tjenester innbyggerne mottar hos sin fastlege og å sikre at prioriterte oppgaver ivaretas av fastlegene. Slike forskriftsforslag vil også ha som mål å etablere et tydeligere nasjonalt rammeverk for fastordningen som vil bidra til bedre kommunal styring.

Regulering av kommunens ansvar i forhold til *undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning* er diskutert i *kapittel 17*. Når det gjelder *forskning* er dette diskutert i *kapittel 18*. Departementet foreslår her i all hovedsak videreføring av gjeldende rett.

Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. På individnivå er dette allerede presisert for helsepersonell gjennom helsepersonelloven § 4, mens det på systemnivå er mer indirekte og fragmentarisk regulert. I forslaget foreslås det derfor å presisere *forsvarlighetskrav på systemnivå*, jf. nærmere om dette i høringsnotatets *kapittel 19*.

Forsvarlighetsplikten vil innebære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud og slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. I kapitlet foreslås det også å presisere i lovforslaget at forsvarlighetsplikten vil innebære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud, jf. også kapittel 20 hvor det foreslås å lovfeste i pasientrettighetsloven at den enkelte pasient eller bruker har rett til verdig tjenestetilbud.

Helse- og omsorgstjenesten er til for å hjelpe pasienter og brukere, og de aller fleste får god hjelp. Enkelte ganger skjer det likevel uønskede hendelser. Pasientsikkerhet handler om vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Departementet foreslår å innføre lovbestemt krav om at alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal drive *systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten*, jf. kapittel 19. Det må skapes en kultur

hvor det er åpenhet om uønskede hendelser og risikoområder slik at man kan lære av feil og iverksette tiltak for å forebygge at lignende skjer igjen. Erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende er viktige bidrag inn i pasientsikkerhetsarbeidet.

Departementet foreslår også å lovfeste *krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid* i alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. høringsnotatets kapittel 19. Å lovfeste krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid setter en retning og en visjon for helse- og omsorgstjenesten og vil harmonere godt med det arbeidet som er nedlagt over ca. 15 år i forbindelse med implementering av de nasjonale kvalitetsforbedringsstrategiene.

Det foreslås at den enkelte *pasient eller brukers rettigheter skal reguleres i pasientrettighetsloven*. Lovforslaget viderefører rettighetsomfanget på dagens nivå, men reguleringsformen vil bli annerledes enn i dag, jf. høringsnotatets *kapittel 20* og *kapittel 21*. Det at pasientrettighetsloven skal komme til anvendelse vil få betydning for pasienter og brukere som i dag ber om eller mottar tjenester omfattet av sosialtjenesteloven. I dag er både kommunens plikter og den enkeltes rettigheter samlet i sosialtjenesteloven. I henhold til lovforslaget skal kommunens ansvar og plikter reguleres i den nye kommunale helse- og omsorgsloven som utformes som en ren tjenestelov, mens den enkelte pasient eller brukers rettigheter som nevnt vil bli samlet i pasientrettighetsloven. Det å samle rettighetsbestemmelsene i pasientrettighetsloven følger av ønsket om å harmonisere regelverket, samtidig som felles regulering av rettigheter også vil kunne bidra til bedre samhandling mellom forskjellige tjenesteytere og de ulike forvaltningsnivåer. Det antas også at en felles og samlet regulering vil gjøre regelverket om rettigheter mer tilgjengelig for pasienter og brukere. I kapittel 20 foreslås også å lovfeste at den enkelte pasient eller bruker har rett til verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien), jf. også kapittel 19 hvor det foreslås å presisere i lovforslaget at forsvarlighetsplikten vil innebære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud.

Etter forslaget skal det lovfestes at kommunene har *plikt til å oppnevne en koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester*, jf. *kapittel 23*. Funksjonen blir tydeliggjort ved at det lovfestes at koordinator skal ha hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, og at koordinator skal sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med *individuell plan*. Når det gjelder ordningen med individuell plan, er denne diskutert i *kapittel 22*.

I høringsnotatets *kapittel 24* er det redegjort nærmere for ulike former for *samarbeid mellom kommuner* ved ytelse av helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår *lovfesting av et avtalesystem mellom kommunen og regionale helseforetak/helseforetak*, som blant annet skal etablere en felles forståelse av lovgivningens fordeling av helse- og omsorgsoppgaver mellom tjenestenivåene og en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse, jf. høringsnotatets *kapittel 25*. Det lovpålagte avtalesystemet skal bidra til å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalen, og sikre en mer enhetlig praksis. Det nye lovpålagte avtalesystemet skal sikre at tjenesteyterne samhandler og koordinerer tjenestene slik at pasienten mottar

en helhetlig tjeneste, i form av et planlagt og sammenhengende forløp av tjenester. En annen viktig målsetting i reformen er å hindre unødvendige innleggelser i sykehus og å lette utskrivning av pasienter som er ferdigbehandlet. Sett fra den kommunale helse- og omsorgstjenestens ståsted vil det være en målsetting å få til ordninger som gjør det enklere å planlegge innleggelse i sykehus til rett tid, idet lange ventelister i spesialisthelsetjenesten vil være kostnadskrevende for kommunene fordi de i ventetiden ofte vil måtte yte hjemmebaserte tjenester. Avtalebasert samarbeid vil være et godt verktøy for å nå disse målsettingene.

Ansvarsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og ny helse- og omsorgslov lovfester ansvar og oppgaver på et overordnet nivå. I avtalene kan imidlertid partene bli enige på et mer detaljert nivå om hvilke konkrete oppgaver partene til enhver tid skal utføre i et pasientforløp. Dette vil bidra til å klargjøre de "gråsoner" man ser i dag mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Regler om *klage og tilsyn* er omtalt i henholdsvis *kapittel 26* og *kapittel 27* i høringsnotatet. Klageordningen foreslås regulert i pasientrettighetsloven, med tilpasning til reglene om klage i forvaltningsloven. I tillegg foreslås en ny bestemmelse som avskjærer klageorganets kompetanse til å treffe nytt vedtak. Når det gjelder tilsyn, foreslås det at lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal gjelde for virksomhet og personell med særregler som følger av en egen bestemmelse om tilsyn i den nye loven. Departementet har ikke konkludert når det gjelder spørsmålet om det er Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket som skal være klageinstans og regional tilsynsinstans.

I *kapittel 28* har departementet diskutert *økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner* i tilfeller hvor personer mottar helse- og omsorgstjenester under midlertidig opphold i en annen kommune enn hjemstedskommunen. Departementet foreslår at lovverket fortsatt bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel, dvs. at det er den kommune hvor det enkelte pasient eller bruker oppholder seg, som til enhver tid er ansvarlig for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å sikre et nyansert og fleksibelt regelverk foreslår departementet en forskriftshjemmel til å gi nærmere bestemmelser om utgiftsfordeling mellom kommuner.

Finansiering og egenbetaling er diskutert i høringsnotatets *kapittel 29*. Departementet foreslår å videreføre dagens hovedregel om at det er den enkelte kommune som er ansvarlig for utgifter til de helse- og omsorgstjenester de er forpliktet til å yte. Når det gjelder regler om egenbetaling foreslås det hjemmel til i forskrift å fastsette nærmere regler om dette.

Ordningen med *kommunal medfinansiering* er beskrevet i høringsnotatets *kapittel 30*. Det foreslås lovhjemmel for departementet til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar.

I *kapittel 31* diskuteres ordningen med *kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter*. I høringsnotatet foreslås det lovfestet at kommunene har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag en og det foreslås at kommuner og regionale helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler om utskrivningsklare pasienter. Videre foreslås

at departementet i forskrift skal gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser.

Det er i dag et problem for effektiv samhandling at IT-systemer i deler av helsetjenesten ikke bruker de standarder som er utviklet for *elektronisk samhandling*. Det medfører at systemene ikke kan snakke sammen. I ny lov foreslås det å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk, jf. høringsnotatets *kapittel 32*. Eksisterende hjemler vil tas i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løsninger. Spesialisthelsetjenesten og kommunene skal videre ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Samlet sett vil dette bidra til en mer effektiv utveksling av viktige pasientopplysninger og dermed også bedre helsehjelp.

Sosialtjenesteloven har særskilte regler om *bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*. Departementet har redegjort for dette regelverket i *kapittel 33*. I *kapittel 34* er det redegjort for sosialtjenestelovens regler om *tiltak overfor rusmiddelavhengige, herunder tvang*. Det er et mål på sikt at reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten blir bedre samordnet enn de er i dag. Departementet har imidlertid ikke utredet dette nærmere i denne forbindelse, slik at forslagene i høringsnotatet om regulering av tvang i hovedsak innebærer en videreføring av gjeldende rett på området. Det er foreslått noen mindre tilpasninger for at reglene kan videreføres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Lovfesting av kommunens ansvar for å sørge for *pasient- og brukermedvirkning* er diskutert i *kapittel 35*. Departementet foreslår at det for kommunene innføres en ordning som tilsvarer den som gjelder for spesialisthelsetjenesten og som innebærer at kommunene må ha en systematisk tilnærming til å involvere pasienter og brukere i utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

I *kapittel 36* diskuteres regulering av kommunens *beredskapsarbeid*. Lovfesting av krav til *politiattest* for personell som yter tjenester omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er diskutert i høringsnotatets *kapittel 37*. Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett når det gjelder beredskapsarbeid og krav om politiattest.

I *kapittel 38* har departementet diskutert enkelte *andre forslag* som ikke direkte er en oppfølging av samhandlingsreformen. Departementet viser særlig til punkt 38.1 om mulige endringer for å oppnå gode pasientforløp og punkt 38.4 hvor det foreslås å flytte meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det foreslås her å endre meldeordningen slik at ordningen blir et rent utviklings- og læringssystem. Hvis meldeordningen flyttes fra Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylket, kan helsepersonell melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner, og vi kan få bedre data om omfang, fordeling og risiko. Uønskede hendelser kan i større grad brukes som grunnlag for årsaksanalyse og læring for å forebygge og redusere faren for pasientskader.

Når det gjelder administrative og økonomiske konsekvenser av de ulike forslagene, er det redegjort for dette i hvert enkelt kapittel. I *kapittel 39* har departementet inntatt en samlet redegjørelse for *administrative og økonomiske konsekvenser* av forslagene.

I *kapittel 40* er det inntatt *spesielle merknader* til lovforslaget.

Selve *lovforslaget* er tatt inn i *del III* helt til slutt i høringsnotatet.

2 Bakgrunn for høringsnotatet

Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelser i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling.

Helsetjenesten er fordelt på to forvaltningsnivå som henholdsvis er forankret i kommunene og de statlige foretakene. Men også innenfor foretakene og kommunene er det en rekke organisatorske inndelinger. I tillegg skal helsetjenesten forholde seg til andre sektorer, for eksempel trygdekontor, sosialtjeneste og skole. Dette gjør at det er mange med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må samhandle med hverandre både innen og utenfor helsetjenesten.

En hensiktsmessig innrettet lovgivning er et virkemiddel for å oppnå bedre samhandling. Dette høringsnotatet bygger i stor grad på tidligere omtale av temaet samhandling i ulike offentlige utredninger og meldinger

NOU 2004: 18 (Bernt-utvalget) hadde som mandat å utrede og foreslå tiltak for bedre harmonisering av de kommunale helse- og sosialtjenestene. Utvalget anbefalte å erstatte dagens to lover med en felles harmonisert kommunal sosial- og helsetjenestelov. Dette skulle gjøre regelverket lettere å bruke for både tjenestemottakere og tjenesteytere. Det var også en viktig målsetting å hindre ulikheter i regelverket som skaper vansker for samordning av, og samhandling mellom, de ulike tjenestene.

NOU 2005: 3 (Wisløff-utvalget) hadde som mandat å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utvalget mente at pasientperspektivet og behovet for helhet måtte inn som en sentral del av planleggingen av helsetjenesten. Brukermedvirkning, individuell plan og pasientopplæring var viktige virkemidler. Videre ønsket utvalget å styrke samhandlingen mellom tjenesteutøverne ved hjelp av blant annet avtaler, effektiv informasjonsutveksling, kunnskapsutvikling og sterkere styring av allmennlegetjenesten. Økonomiske og organisatoriske grep ble også drøftet.

Etter at Bernt-utvalget la fram sin innstilling er det etablert en ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV). I tillegg er enkelte deler av sosialtjenesteloven nylig skilt ut i

lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette gjelder reglene om økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad.

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) "*Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*" er det presentert enkelte grep og overordnede prinsipper som skal sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene ved den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet. Stortinget behandlet meldingen våren 2009. Helse- og omsorgskomiteen avga i den forbindelse Innst. 212 S (2009-2010). Meldingen og innstillingen omtales nærmere i kapittel 4 nedenfor og i tilknytning til de enkelte forslagene.

Finansielle virkemidler for å fremme samhandling omtales i de årlige statsbudsjettene.

Departementet tar også sikte på å legge frem en Nasjonal helse- og omsorgsplan for Stortinget våren 2011. Føringene for Nasjonal helseplan (2011-2015) er blant annet gitt i Soria Moria II-erklæringen der det heter at "Nasjonal helseplan skal videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester". Konkretisering og gjennomføring av samhandlingsreformen vil være en vesentlig del av planen. Som et ledd i arbeidet med planen gjennomføres det en høring parallelt med høringen av herværende høringsnotat og høringsnotat om forslag til ny lov om folkehelsearbeid.

3 Dagens helse- og omsorgstjeneste i kommunene – utviklingstrekk og fremtidige utfordringer

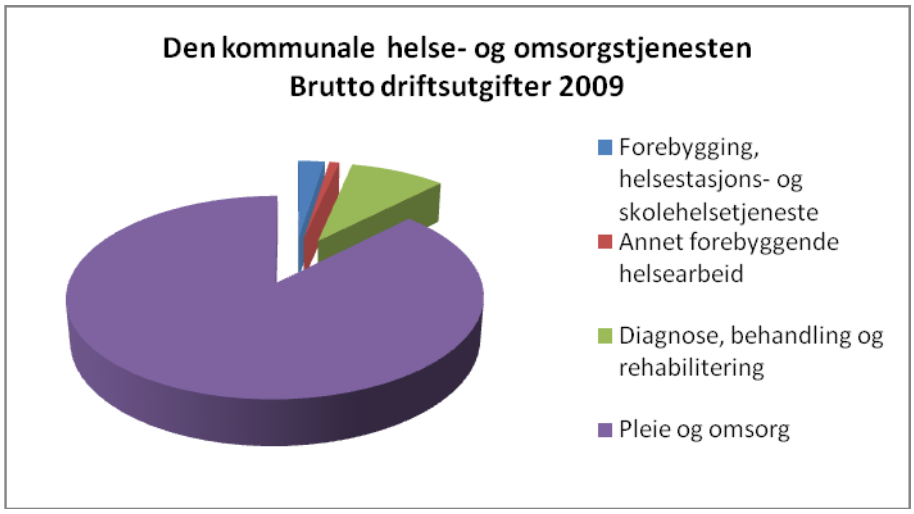
3.1 Omfanget av kommunale helse- og sosialtjenester

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd fremgår det at landets kommuner skal sørge for "nødvendig helsetjeneste" for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Oppgaver som kommunehelsetjenesten skal omfatte og deltjenester som kommunen skal sørge for fremgår av loven § 1-3 første ledd. Slike tjenester er blant annet legetjenester, legevaktordning, fysioterapitjeneste, sykepleie, jordmortjeneste og sykehjem. Etter sosialtjenesteloven § 10-1 skal kommunen ved sosialtjenesten yte "tjenester etter loven" til alle som oppholder seg i kommunen. Slike tjenester er blant annet forebygging, boliger til vanskeligstilte, praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak ved omsorgsarbeid, støttekontakt og tiltak for rusmiddelavhengige. I høringsnotatets kapittel 11 er det redegjort nærmere for de ulike tjenestene som kommunene plikter å tilby eller sørge for etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Forslag om fremtidig regulering er også inntatt der.

I 2009 ble det utført 340.000 årsverk i kommunene. Nesten 143.000, eller hele 41,9 % av årsverkene ble utført i helse- og sosialtjenestene. Mer enn 123.000 eller 86 % av de utførte årsverkene i helse og sosial, ble utført i pleie- og omsorgtjenestene, for å gi et tjenestetilbud til 44.000 beboere i sykehjem og institusjoner, 175.000 som mottar praktisk

hjelp og hjemmesykepleie og 46.000 som mottar andre hjemmetjenester. Av de 143.000 årsverkene, var det ellers 4.600 legeårsverk (3,2 %), 4.200 fysioterapiårsverk (2,9 %) og 3.500 i helsestasjons- og skolehelsetjeneste (2,5 %).

Utgiftstallene for 2009 viser at av vel 85,3 mrd kr i brutto driftsutgifter, utgjorde pleie- og omsorg 74,8 mrd (88 %) kr og helsetjenestene 10,5 mrd kr (12 %). Helsetjenestene fordelte seg med 2,1 mrd kr til helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 0,8 mrd kr til annet forebyggende helsearbeid og 7,6 mrd kr til diagnose, behandling og rehabilitering. I tillegg kommer folketrygdens finansiering av kommunehelsetjenesten på 16.5 mrd kr.



3.2 Utviklingstrekk og fremtidige utfordringer

3.2.1 Sentrale utviklingstrekk

Det har de senere årene vært gjennomført mange reformer og oppgaveoverføringer til kommunene. Det ble i perioden 1984- 1991 gjennomført tre store reformer der samordning av ansvar på lokalt nivå var et sentralt siktemål:

- Ved kommunehelsereformen fra 1984 fikk kommunene ansvar for all primærhelsetjeneste
- Ved sykehjemsreformen fra 1988 fikk kommunene overført ansvaret for sykehjem fra fylkeskommunene
- Reformen for psykisk utviklingshemmede i 1991 medførte nedlegging av de fylkeskommunale institusjonene og overføring av ansvar for tjenestetilbudet til kommunene

Disse reformene har ført til at kommunen har fått ansvar for betydelig flere pasienter og brukere. Den kommunale omsorgstjenesten har blitt mer enn fordoblet som en følge av dette. I overkant av 200 000 personer mottar nå hjemmebaserte tjenester eller tilbud i sykehjem. I tillegg kommer ca 60 000 brukere som mottar andre tjenester som avlastning, støttekontakt og omsorgslønn. Ressursmessig brukes om lag 65 mrd. kroner til drift av omsorgstjenesten og det utføres om lag 118 000 årsverk. To tredeler av årsverkene utføres

av personell med helsefaglig utdanning, mens resten utføres av ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Utviklingen de siste ti årene har medført en sterkere målretting av ressursene til personer med omfattende behov. Den største gruppen mottakere av omsorgstjenester er personer over 80 år. Mye av veksten i de kommunale utgiftene de senere årene er imidlertid knyttet til økningen i antall yngre brukere. Gruppen yngre tjenestemottakere har fordoblet seg de siste 10 årene og utgjør i dag vel 50 000 av hjemmetjenestens 160 000 brukere. I tillegg kommer brukere som mottar andre tjenester som støttekontakt, avlastning og omsorgslønn. Seks prosent av omsorgstjenestens brukere er barn. Undersøkelser (Romøren 2004) viser at nesten 40 prosent av de nye tjenestemottakerne i hjemmetjenesten i dag er under 67 år, og er mennesker med langvarige og sammensatte somatiske lidelser, der nevrologiske tilstander dominerer, som f.eks. MS, Parkinson, epilepsi, hjerneslag, demens, hjerneskader etter ulykker og hjernesvulst (kreft). Mange av disse brukerne mottar omfattende og langvarige tjenester. Barn og unge med omfattende behov for praktisk bistand og omsorgstjenester bor som regel hjemme hos sine foreldre og søsken. Disse situasjonene setter store krav til organisering av tjenestene, både i forhold til familien, foreldrenes forhold til arbeidslivet og i forhold til barnehage, skole og fritidsaktiviteter. Utviklingen øker behovet for kompetanse i omsorgstjenesten.

Utviklingen har gått så fort på etterspørselsiden at tilbudssiden har hatt problemer med å omstille seg både kompetansemessig, økonomisk og organisatorisk.

Hjemmetjenesteinnsatsen har endret seg fra i hovedsak å være et hjemmehjelpstilbud med praktisk bistand til i større og større grad å bli et behandlings- og pleietilbud med utgangspunkt i en voksende hjemmesykepleietjeneste, og oppfølging av fagpersonell fra den øvrige helse- og omsorgstjeneste. Antall brukere som bare mottar hjemmehjelp er blitt redusert. Kommunene konsentrerer i stadig større grad mer av innsatsen mot de mest ressurskrevende brukerne. Færre brukere mottar hjemmetjenester, men de som får, mottar mer omfattende hjelp knyttet til opptrening og rehabilitering, behandling og pleie. Denne dreiningen i hjemmetjenestetilbudet skyldes at stadig flere tungt hjelpetrengende brukere mottar tjenester utenfor institusjon.

Behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble tidligere i hovedsak ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Det var en kraftig nedbygging av sykehussenger i psykisk helsevern i perioden 1975 – 1990. I Ot. prp nr 63 (1997 - 1998) ble Opptrappingsplan for psykisk helse lansert. Planen forutsatte at kommunene skulle bygge ut tilbudet kraftig og at spesialisttjenesten skulle styrkes og omstilles til mer lokalbaserte tjenester. I planen inngikk at de psykiatriske sykehjemmene skulle nedlegges og at spesialisttjenesten i stedet skulle opprette distriktssentre (DPS). Den opprinnelige ramme for de øremerkede bevilgninger til kommune og spesialisttjenesten, ble senere endret noe til kommunenes favør pga nedbyggingen av de gamle psykiatriske sykehjemmene og derved økt belastningen for kommunene. Det vises til høringsnotatets punkt 11.6.8 hvor psykisk helsearbeid er nærmere omtalt.

Rusfeltet har i stor grad vært preget av tiltak i regi av frivillig sektor. Ved rusreform 1 og 2 (2004 og 2005) ble institusjonsbehandling innen rusfeltet overført til spesialisthelsetjenesten i de regionale helseforetakene. Det har ikke vært en tilsvarende

nedbygging av institusjonsplasser for rusbehandling, slik det har vært innenfor psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesten er i ferd med å bygge opp det polikliniske behandlingstilbudet. Det vises til høringsnotatets punkt 11.6.8 hvor innsatsen på rusfeltet er nærmere omtalt.

Med fastlegereformen i 2001 ble hoveddelen av allmennlegevirksomheten organisert som en fastlegeordning eller et listesystem. Formålet var å skape større trygghet for innbyggerne gjennom bedre tilgjengelighet og mulighet for en fast legekontakt, samt få en bedre utnyttelse av de samlede legeressurser. Bakgrunnen var blant annet behov for kontinuitet i legetjenesten for syke eldre og andre grupper med langvarige og/eller sammensatte behov for tjenester. Departementet viser til høringsnotatets kapittel 16 hvor det er redegjort nærmere for fastlegeordningen.

På legevaktfeltet er det blitt stadig vanligere med interkommunalt legevaktsamarbeid. Dette er den vanligste organisasjonsformen i de mindre kommunene. I 2009 ble det utført 12,8 mill. konsultasjoner hos allmennlege på dagtid og 1,3 mill. konsultasjoner på legevakt. Dette er en økning fra 8,4 mill konsultasjoner i 2000. Antallet legevaktskonsultasjoner har holdt seg relativt stabilt og variert mellom 1,1 og 1.3 millioner i denne tiårsperioden.

Oppfølging av gravide kvinner, mødre og deres nyfødte barn har vært en del av det forebyggende helsearbeidet siden mellomkrigstiden. Det formelle grunnlaget for en systematisering av arbeidet ble lagt i lov om helsestasjoner i 1972. Med kommunehelsetjenesteloven ble ansvaret for virksomheten i 1984 lagt til kommunene. Svangerskapskontroll og -omsorg i tilknytning til helsestasjon ble innført fra 1. juli 2003. Spesielt det siste tiåret er brukerperspektivet og brukermedvirkning kommet stadig sterkere fram. Man ser at brukerne stadig oftere etterspør jordmor i svangerskapsomsorgen. Et annet utviklingstrekk er reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus. Liggetid på 2-3 dager for kvinner som har født ukomplisert innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang, og det vil fortsatt være behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivelse fra sykehus. Antallet jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økte fra 176 i 1995 til 295 i 2008. Halvparten av økningen fant sted de første tre årene etter at jordmortjenesten ble lovfestet. Generelle utviklingstrekk med konsekvenser for svangerskapsomsorgen er blant annet at kvinner i gjennomsnitt får barn i høyere alder, den etniske sammensetningen av kvinner i fruktbar alder er endret og flere kvinner med sykdommer som tidligere var uforenlig med svangerskap kan nå føde egne barn. Den økende forekomsten av livsstilssykdommer omfatter også kvinner i fruktbar alder. Det gjelder blant annet overvekt, diabetes og dårlig fysisk kondisjon. Overvekt hos den gravide og vektøkning mellom graviditetene øker risikoen for komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel. Sosial ulikhet i helse følger de samme skillelinjer for gravide som for befolkningen som helhet. Det er påvist økt forekomst av lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og barnedødelighet hos kvinner med lav sosial status (etter utdanning og yrke). Regjeringen har som mål å redusere sosial ulikhet i helse. Dette er også et sentralt mål i Retningslinjer for svangerskapsomsorgen 2005. Se nærmere omtale av svangerskaps- og barselomsorgen i punkt 14.4.4.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er i dag et tverrfaglig, helsefremmende og forebyggende tilbud til barn og ungdom og gravide. Med lov om helsetjenesten i kommunen ble ansvaret for primærhelsetjenesten fra 1984 lagt til den enkelte kommune. Kommunene ble samtidig pålagt å overvåke helsesituasjonen i egen kommune og planlegge tiltak på grunnlag av denne overvåkningen. Kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år og tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Tjenestene er i all hovedsak gratis for mottakerne. Kommunene har høy og stabil dekningsgrad for helsestasjonsundersøkelser av småbarn, men andelen barn som har gjennomgått undersøkelser, blir lavere jo eldre barnet blir. Tre av fire kommuner tilbyr helsestasjon for ungdom (SSB 2009). I opptrappingsplanperioden for psykiske helse 1998-2008 var det et mål at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skulle styrkes med 800 årsverk. I 2008 var 745 av disse årsverkene tilkommet tjenesten. I 2008 var det i alt 3 480 årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (SSB 2009).

Før 1984 var den kommunale fysioterapitjeneste lite utbygget. For å imøtekomme behov knyttet til barn og unge, funksjonshemmede og eldre, opprettet kommunene fastlønnsstillinger. Fra og med 1988 ble alle fastlønnsstillingene for fysioterapeuter ansatt i sykehjem, overført fra fylkeskommunene til kommunene. Kommunehelsereformen førte til en bedre geografisk fordeling av ressurser. De nye tilskuddsordningene stimulerte distriktskommuner til å etablere stillinger og avtaler med fysioterapeuter. I perioden 1985 til 2008 har antallet årsverk for fastlønte fysioterapeuter økt fra 188 til 1426, mens antallet årsverk for avtalefysioterapeuter har økt fra 2096 til 2587 (Kilde: KOSTRA). Romøren-rapporten konstaterte at fysioterapitjenesten var den delen av kommunehelsetjenesten som hadde vist den mest positive utviklingen med hensyn til å prioritere forebyggende, habiliterende og rehabiliterende oppgaver. Årsaken var økt fastlønnstilskudd som ga kommunen anledning til å ansette fysioterapeuter som skulle prioritere disse oppgavene. I 2006 ble det på bakgrunn av Ot. prp. nr. 28 (2005-2006) besluttet utvidede rettigheter for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi. Endringen besto i at kravet og henvisning fra lege for å utløse trygderefusjon bortfalt, samt at de to personellgruppene fikk anledning til å henvise til legespesialist, sykemelde pasienter i inntil 8 uker (senere utvidet til 12 uker), i tillegg til å rekvirere radiologiske undersøkelser, samt å henvise til fysioterapi.

3.2.2 Fremtidige utfordringer

Behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke i årene som kommer og det er behov for betydelige omstillinger i den samlede helsetjenesten for å møte utfordringene. Veksten i antall personer i gruppen 80 år og eldre vil være særlig sterk fra rundt 2020 og frem mot 2030. Som følge av økt antall eldre, vil en i denne perioden også få en tilsvarende økning av aldersrelatert sykelighet, som kreft, diabetes osv. Det er også grunn til å tro at antallet yngre brukere vil fortsette å øke i årene framover. Mennesker med nedsatt funksjonsevne har nå forventet levealder tilnærmet lik den som gjelder resten av befolkningen. Fra WHO Europa påpekes det at helsetjenestene ikke kan håndtere den økende forekomsten av og kostnadene ved kroniske sykdommer, som forårsaker 86 % av dødsfall i WHOs

Europaregion. Sykdommene belaster omtrent tre fjerdedeler av budsjettene i helsetjenesten. Det hevdes at uten intervensjon i forhold til risikofaktorer som tobakksbruk, usunne kostvaner og inaktivitet vil økningen fortsette.

Med bakgrunn i forventet utvikling i tjenestebehov, og for å sikre en god helse- og omsorgstjeneste for pasientene, er det sentralt å identifisere pasientens behov og intervenere så tidlig som mulig. Samhandling og helhetlige pasientforløp vil også være viktig for å møte utfordringene. En helhetlig helse- og omsorgstjeneste vil bidra til økt livskvalitet for den enkelte, i mange tilfelle utsette hjelpebehov, gi en mer fornuftig bruk av samfunnets samlede ressurser og dermed også økt bærekraft.

På grunn av den betydelige økningen i behovet for omsorgstjenester, må fremtidige løsninger for sektoren bygge på en lokalt forankret omsorgstjeneste som gir god ressursutnyttelse gjennom smidig tilpasning til lokale forhold og behov, og i tett samspill med familie og lokalsamfunn. Et godt utbygd kommunalt pleie- og omsorgstjenestetilbud bidrar til å utsette eller forhindre sykehjems- og sykehusinnleggelser. Prioriteringene mellom spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenesten må derfor styres av prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå. Det er derfor nødvendig å fastlegge tydeligere rammer for samhandlingen mellom omsorgstjenesten og andre deler av det kommunale tjenesteapparatet og mellom omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Den norske befolkningens helse er god. Men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Vi må erkjenne at vi har et lagdelt samfunn – der de som er mest privilegert økonomisk også har best helse. Disse helseforskjellene er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Regjeringen har derfor blant annet gjennom St.meld. nr. 20 (2006-2007) satt i verk en bred og langsiktig strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene. Det overordnede målet for strategien er å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse. Arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller vil kreve langsiktig og målrettet innsats på mange områder. I strategien er det satt mål for arbeidet på følgende områder: inntekt, oppvekst, arbeid og arbeidsmiljø, helseatferd, helsetjenester og sosial inkludering. Det vil ta tid før vi kan måle resultatene av innsatsen, i form av reduserte helseforskjeller, på alle disse områdene. Målene er derfor ikke avgrenset i tid, men krever kontinuerlig innsats de kommende ti årene.

Allmennlegetjenesten er svært sentral i vår helsetjeneste. Det er mange og store forventninger rettet mot allmennlegene/fastlegene blant annet når det gjelder kunnskap om spesifikke lidelser/sykdommer, koordinering av tjenester og deltakelse i tverrfaglig samarbeid. Rekruttering til ledige hjemler og stabilitet i legestillinger i distriktene er en vedvarende utfordring. I St.meld. nr. 47 (2008-2009) skisseres flere utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten som departementet følger opp i egne løp. Noen av utfordringene er knyttet til tilstrekkelig kapasitet både til fastlegevirksomhet og til andre typer kommunale legeoppgaver. Det pekes også på særskilte utfordringer knyttet til behov for at tjenesten fungerer bedre for grupper som trenger individuell planlegging og tverrfaglig samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet over lang tid. Dette er ofte personer som ikke selv etterspør helsetjenester, eller som har vanskeligheter med å oppsøke legekontoret på eget

initiativ, for eksempel rusmiddelavhengige, hjemmeboende eldre med nedsatt funksjonsnivå og personer med psykiske lidelser.

Kunnskapsgrunnlaget i den praktisk utøvende allmennmedisin har stor betydning for kvaliteten på tjenesten. Endringer i sykdomsbildet i befolkningen de siste tiårene, og dermed i primærhelsetjenestens oppgaver, har medført behov for ny og forskningsbasert kunnskap. Mange allmennleger/fastleger opplever at deres kunnskapsgrunnlag ofte kommer til kort i den daglige praksis. Dette gjelder blant ved muskel- og skjelettlidelser, samt psykiske lidelser. Denne type problemstillinger utgjør en stor andel av diagnosene i allmennpraksis, og er årsak til en stor del av langtidssykefraværet. Et annet område med behov for forskningsbasert kunnskap er diagnostikk og behandling av sammensatte kroniske sykdommer. Mens dagens kunnskapsgrunnlag som oftest er basert på grupper av pasienter med enkeltsykdommer, vil allmennpraktikeren ofte oppleve at en og samme pasient har flere sykdommer, for eksempel hjertesvikt, KOLS og diabetes.

Kvaliteten i allmennpraksis har ikke bare betydning for pasienten gjennom å gi et godt og riktig grunnlag for forebygging, diagnostisering og behandling/tiltak, men vil også ha betydning for andre forhold, for eksempel henvisningsraten. Dersom allmennlegene gjør en litt mindre grundig jobb på ett område og henviser for eksempel tre i stedet for to av hundre aktuelle pasienter til spesialisthelsetjenesten, innebærer dette 50 pst flere henviste pasienter. Dette kan være uhensiktsmessig for pasienten, det er unødig kostbart for samfunnet og i strid med prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå.

Den pågående utviklingen med tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene, vil stille økte krav til den lokale barselomsorgen. Innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er det et særskilt behov for å prioritere tiltak for å sikre kontinuitet i tjenesten for gravide med påvist risiko for komplikasjoner eller spesielle behov; blant annet gravide som har kroniske- eller livsstilssykdommer, fødselsangst, rusrelaterte problemer, nedsatt funksjonsevne eller psykiske lidelser. Asylsøkere og flyktninger, innvandrerkvinner og tenåringsgravide kan også ha spesielle behov, se St.meld. nr. 12 (2008-2009).

Antallet nyinnskrevne gravide ved helsestasjonene er økende, og i flere kommuner er det ikke lenger kapasitet til å tilby hjemmebesøk etter fødsel til alle førstegangsfødende. Også i skolehelsetjenesten er det utfordringer i mange kommuner.

Befolkningens etterspørsel etter fysioterapitjenester i kommunene er økende. På grunn av lange ventelister til tjenesten i mange kommuner har det utviklet seg et marked for helprivat fysioterapivirksomhet i mellomstore og store kommuner. Tilbudet skaper et sosialt ulikt helsetilbud. På grunn av en økende eldrebefolkning, flere funksjonshemmede som bosettes i egen bolig med hjelpetilbud, samt flere for tidlig fødte barn som reddes fra tidlig død, utfordres helsetjenesten på flere måten når det gjelder tverrfaglig samarbeid, tverretatlig samhandling og samhandling mellom tjenestenivåene. Mange av disse pasientgruppene etterspør ikke tjenestene selv, er lite mobile og trenger fysioterapi-tjenester som ledd i et større rehabiliteringsarbeid.

Problemer knyttet til legemiddelbehandling forekommer hyppig i alle deler av helsetjenesten. Legemiddelrelaterte problemer oppstår i stor grad som følge av manglende

oversikt over pasientenes totale legemiddelbruk og manglende helhetlig gjennomgang som sikrer at pasienten står på de riktige legemidlene. Undersøkelser viser at opplysninger om samme pasient kan være fordelt på 6-8 ulike steder (fastlege, spesialist, sykehus, hjemmesykepleie, legevakt etc.), men at ingen har en samlet oversikt over pasientens totale legemiddelbruk. For å redusere legemiddelrelaterte problemer og oppnå riktig legemiddelbruk, vil det være nødvendig å etablere systemer og rutiner for å sikre en korrekt og oppdatert oversikt over legemiddelbruken. Denne oversikten må være tilgjengelig for helsepersonell i alle deler av helse- og omsorgstjenesten, slik at helsepersonellet har nødvendige opplysninger for å kunne yte god og sikker helsehjelp. Det vil også være hensiktsmessig å etablere systemer og rutiner som sikrer regelmessig gjennomgang av pasientens legemiddelbruk for å sikre at den til enhver tid er relevant og gir god behandling. Systemer og rutiner for opplæring av pasienter med hensyn til hvorfor og hvordan legemidlene skal tas, er også viktig for å sikre riktig legemiddelbruk.

4 Føringer for forslag til ny lovregulering

4.1 Grunnleggende verdier og prinsipper

De overordnede målsettingene for helse- og omsorgstjenestene ligger fast: Befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Å gi et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker står sentralt i tjenesteytingen. Andre verdier som er grunnleggende for tjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet.

Disse og andre grunnleggende verdier ligger nedfelt i regelverket for helse- og omsorgstjenesten i dag. Disse skal videreføres i ny lov. Den nye loven skal som i dag også gi rettssikkerhet, dvs. at den enkelte bruker og pasient lett skal kunne sette seg inn i hva spesialisthelsetjenestens og kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og at den enkeltes rettigheter skal oppfylles.

Det er videre et prinsipielt utgangspunkt at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Det er særlig nærhet til brukerne, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring av tjenestene, som begrunner lokal handlefrihet. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn, bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene skal gis og organiseres. Staten har et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten, noe som gir mulighet til å se lovregulering i sammenheng med andre styringsvirkemidler på dette området, herunder eierstyring.

Ved behandlingen av Samhandlingsmeldingen har Helse- og omsorgskomiteen i sin innstilling (Innst. 212 S – 2009-2010) sluttet seg til de grunnleggende prinsippene og blant annet uttalt følgende på side 17:

> ”Når sykdom rammer, skal folk oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Disse målsettingene kan nås gjennom styrking av kommunehelsetjenesten, økt satsing på folkehelsearbeid, etablering av

lokalmedisinske sentra og gjennom utvikling av lokalsykehusenes rolle i spesialisthelsetjenesten".

I punkt 4.2 og 4.3 omtales ulike føringer for høringsnotatet, med utgangspunkt i de to hovedformålene for arbeidet: Harmonisering av kommunal helse- og sosiallovgivning og oppfølging av samhandlingsmeldingen.

4.2 Harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning

En rekke kommuner satser i betydelig grad på hjemmetjenester som alternativ til tradisjonelle institusjonstjenester som alders- og sykehjem. Endringene er fortsettelsen på en utvikling som startet på 80-tallet med sykehjemsreformen, og fortsatte på 90-tallet, med blant annet ansvarsreformen for utviklingshemmede. Utviklingen har medført at det tradisjonelle skillet mellom helsetjenester og sosial-/omsorgstjenester ikke er like tydelige som tidligere. Dette gjenspeiler seg i måten kommunene organiserer tjenestene på. Mange kommuner har integrert hjemmetjenestene i én organisatorisk enhet, som yter både helsetjenester og sosial-/omsorgstjenester.

Lovverket og finansierings- og brukerbetalingsordningene er i liten grad tilpasset en slik utvikling ettersom disse tar utgangspunkt i den tradisjonelle todelingen mellom helsetjenester og sosialtjenester. Dette kan bidra til å svekke muligheten for gode og hensiktsmessige løsninger i kommunene i en tid hvor flere brukere har behov for både helsetjenester og sosiale tjenester, og et godt samspill mellom disse tjenestene er avgjørende for god hjelp. De relevante bestemmelsene om blant annet pasientenes rettigheter, kommunens plikter og klage er videre fordelt på tre forskjellige lover; kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. Dette kan gjøre det vanskelig for brukerne å orientere seg om regelverket. Tilsyn med helsetjenester til eldre har for eksempel avdekket at kommunenes saksbehandlere har problemer med å holde oversikten over hvilke tjenestetilbud som skal vedtas med hjemmel i hvilken lov. Helsetjenester tildeles derfor ofte med hjemmel i sosialtjenesteloven og omvendt.

Berntutvalget foreslo i sin innstilling, NOU 2004:18 "Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene", en ny felles lov om sosial- og helsetjenester i kommunene. Lovforslaget skulle regulere kommunenes ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakers rettigheter, beslutningsprosess, klageadgang m.m. Ifølge utvalget var hovedformålet med en felles lov å etablere et regelverk som skulle være oversiktlig og lett å bruke og forstå både for tjenestemottakere og tjenesteytere. Videre var det en målsetting å hindre ulikheter i regelverket eller i praktiseringen av dette som kunne skape vansker for samordning av og samhandling mellom de ulike tjenestene.

På denne bakgrunn foreslår departementet i dette høringsnotatet én felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, til erstatning for kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

4.3 Oppfølging av samhandlingsmeldingen

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) er det presentert enkelte grep og overordnede prinsipper som skal sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasientens behov for

koordinerte tjenester, og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene ved den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet. Samhandlingsreformens mål kan hovedsakelig oppsummeres slik:

i. Å angi rammene for en ny kommunerolle – kommunenes oppgaver skal tydeliggjøres
ii. Økt innsats på folkehelse og forebygging
iii. Bedre legetjeneste i kommunene
iv. Understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp
v. Legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste
vi. Legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Lovgivning er ett av flere virkemidler som skal støtte opp under disse målsettingene. Nedenfor gjennomgås de ulike målene slik disse i er behandlet i meldingen og i Helse- og omsorgskomiteens Innst. 212 S (2009-2010), se Stortinget hjemmesider.

4.3.1 Rammene for fremtidens kommunerolle

I samhandlingsmeldingen er det påpekt at kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken bør endres slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i tidlige faser av pasientforløp. Videre er det lagt til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. På denne bakgrunn vises det i meldingen til at det må vurderes om aktuelle oppgaver og aktiviteter skal overføres til kommunene. I den sammenheng må det legges vekt på i hvilken grad de aktuelle oppgavene kan løses mest effektivt og til beste for pasienten på kommunalt nivå.

Helse- og omsorgskomiteen har på side 20 uttalt følgende:

> ”Komiteen vil påpeke at det er avgjørende viktig at kommunens nye helseansvar kommer tydelig fram i lovgivningen slik at tiltak for bedre helsetilstand får en helt annen plass på dagsorden i alle kommunale organ og sektorer. Komiteen mener folkehelseperspektivet må fremheves i dette nye helseansvaret.
>
> Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke at det gjennom lovgivningen bl.a. i ny helse- og omsorgslov for kommunene fastsettes en klarere ansvarsfordeling mellom helseforetakene og kommunene. En slik klarhet er viktig for godt samarbeid og god samhandling. I dette lovverket må, der det er mulig og hensiktsmessig, det konkretiseres hvilke nye oppgaver kommunene skal få ansvar for. Flertallet vil understreke at prinsippet om at alle kommuner har ansvar for de samme tjenestene, skal ligge fast også på helseområdet. […]”.

Kommunal- og forvaltningskomiteen uttaler følgende på side 37:

> ”Komiteen understreker at kommunene er en sentral aktør i samhandlingsreformen. Det er derfor avgjørende for reformens suksess at kommunene settes i stand til å oppfylle sin rolle. Særlig vil komiteen peke på betydningen av at kommunene får klar beskjed om hvilke oppgaver de skal overta, med tilstrekkelig tid til å forberede nødvendige endringer”.

4.3.2 Bedre legetjeneste i kommunene innenfor fremtidens kommunerolle

I samhandlingsreformen er det foreslått at det fremover skal legges til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del. Dette vil gi rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver. Regelverket skal, sammen med det sentrale avtaleverket og dialog med de berørte organisasjoner, legge til rette for en sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side.

Et flertall i Helse- og omsorgskomiteen, bestående av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har uttalt følgende på side 29:

> "Dette flertallet støtter at det blir bedre ledelse og styring av allmennlegetjenesten, både av de allmennmedisinske offentlige legeoppgavene, av at kurativ praksis er i tråd med helsepolitiske prioriteringer og oppfølging av legers praksis ut fra nasjonale kvalitets- og funksjonskrav i tråd med god medisinsk praksis."

4.3.3 Understøtte klarere pasientrolle og helhetlig pasientforløp

Samhandlingsmeldingen understreker viktigheten av å legge til rette for at tjenestene skal understøtte brukerens mestring av eget liv. Dagens helse- og omsorgstjeneste inneholder ikke i tilstrekkelig grad strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i brukerens behov. Et av de mest sentrale punktene i samhandlingsmeldingen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten bør bedre sin evne til å svare på pasientens behov for koordinerte tjenester.

Det tas til orde for å legge til rette for helhetlige pasientforløp slik at brukerens helhetlige behov for tjenester kan dekkes. Hensynet til brukeren skal ligge til grunn for tjenesteytelsen og det skal tilrettelegges for at tjenestene er lett tilgjengelige, sammenhengende og tilpasset tjenestemottakers individuelle behov, ønsker, levesett og evner. Det skal legges til rette for at pasientene og deres organisasjoner i større grad skal trekkes med i arbeidet med struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. I meldingen foreslås det å lovfeste en plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene.

Helse- og omsorgskomiteen har på side 19 i sin innstilling uttalt følgende:

> "Komiteen merker seg at meldingen fastslår at gjeldende lovgivning ikke pålegger noen nivåer eller strukturer under departementsnivå ansvar for helheten i tjenestene. Komiteen mener dette er medvirkende til at tjenestetilbudet samlet blir for fragmentert. […]Komiteen støtter derfor at det etableres en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med særlig behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en pasientkoordinator som kontaktpunkt i tjenestene".

4.3.4 Tilrettelegging for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

En sterkere kommuneinnsats forutsetter nært samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Den løpende fag- og teknologiutviklingen gjør at det er vanskelig å trekke en absolutt og endelig grense mellom kommunens ansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar i helse og omsorgstjenesten. Begge disse forhold, sammen med hensynet til en helhetlig brukeroppfølging, begrunner et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Samarbeidet skal bygge på likeverdighet.

Samhandlingsmeldingen foreslår at det skal legges til rette for et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak om oppgavefordeling og samarbeid. Avtalene skal bidra til å forhindre uklarhet om ansvarsforhold og oppgaver. Innretningen på samarbeidet forutsettes avklart mellom partene. Videre forutsettes kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Helhetlig pasientforløp skal ligge til grunn for samhandling mellom nivåene.

Helse- og omsorgskomiteen har på side 20 uttalt følgende:

> ”Komiteen gir sin tilslutning til at det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om oppgavefordeling og samarbeid”.

Helse- og omsorgskomiteen støtter videre på side 25 at ”kommuner i nødvendig grad inngår samarbeid for å kunne oppnå de ønskede helsemessige og samfunnsmessige gevinster ved reformen”.

4.3.5 Tilrettelegging for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

En større satsing på kommunenes helse og omsorgstjenester betyr ifølge meldingen ikke at spesialisthelsetjenesten skal svekkes, men at rollene og oppgavene vil endres. Spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste skal bli mer likeverdige beslutningstakere. Det er en ambisjon om å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen.

Gjennom en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal det legges til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn. De ulike delene av helse- og omsorgstjenestene skal forbedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Det må være et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene.

Samhandlingsmeldingen definerer forløp slik:

> ”Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov”

Helse- og omsorgskomiteen har på side 31 uttalt følgende:

> ”Komiteen er enig i at spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning samt legge vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester. […]”.

Del II. Høringsforslagets innhold

5 Sentrale hovedtrekk i lovforslaget

I dette kapittelet redegjøres det kort for sentrale hovedtrekk i lovforslaget, og det henvises til de relevante kapitler. Intensjonen er å gi en kort innføring i høringsnotatets innhold og hvor man kan lese nærmere om bakgrunn og begrunnelse for forslagene.

Lovforslaget innebærer en tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester (”sørge-for-ansvar”), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal i all hovedsak videreføres, men pliktene utformes mer overordnet og profesjonsnøytralt. Loven utformes på en måte som er mer lik den reguleringsform man har for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer bl.a. mer bruk av funksjonskrav, og mindre bruk av organisatoriske krav og profesjonsangivelser. For nærmere omtale av dette vises det til *kapittel 11*.

Det foreslås presisert at kommunen må planlegge, organisere, gjennomføre, overvåke, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov og forskrift. Tilsvarende presisering foreslås også i spesialisthelsetjenesteloven, *jf. kapittel 10.* For nærmere omtale av forsvarlighetskravet, vises det til *kapittel 19*.

I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. Dette omtales i *kapittel 6*. Det foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstans. For omtale av klage og tilsyn, vises det til *kapittel 26* og *27*. Helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter denne loven, og helsepersonelloven er omtalt i *kapittel 7* og *8*.

Forslaget innebærer også at pasient- og brukerrettigheter knyttet til helse- og omsorgstjenester videreføres, men at de samles i pasientrettighetsloven. For omtale av disse forslagene, vises det til *kapittel 20* og *21*.

Lovforslaget legger økt fokus på kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunen har allerede i dag et slikt ansvar, men dette foreslås tydeliggjort i lovforslaget. For nærmere omtale av kommunens ansvar for helsefremmede og forebyggende ansvar, vises det til *kapittel 14*.

Departementet foreslår i høringsnotatet å innføre lovbestemte krav om at alle virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten skal drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten. Det foreslås også å innføre lovbestemte krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i alle virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. For nærmere omtale av disse forslagene, se *kapittel 19*.

I høringsnotatet redegjør departementet for endringer som på sikt på kan være aktuelt å ta inn i forskriften om fastlegeordningen. Det kan være aktuelt å presisere og utdype hvilke tjenester fastlegene skal ha ansvar for å tilby innbyggerne på sin liste, samt innføre kvalitets- og funksjonskrav. Det vises til *kapittel 16* for nærmere omtale av aktuelle endringer departementet ser for seg.

Det foreslås å innføre et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak som skal sikre at tjenesteyterne samhandler og koordinerer tjenestene slik at pasienten mottar en helhetlig tjeneste, i form av et planlagt og sammenhengende forløp av tjenester. Lovfesting av avtalesystemet vil bidra til å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalen, og sikre en mer enhetlig praksis. For nærmere omtale av forslagene vises det til *kapittel 25*.

6 Lovforslagets struktur, formål og virkeområde

6.1 Innledning

I herværende kapittel 6 vil departementet redegjøre for lovforslagets struktur, samt deretter forslagets formål og virkeområde. Departementets forslag må særlig sees i sammenheng med høringsnotatets kapittel 7 hvor det er redegjort for forholdet til andre lover og kapittel 8 og kapittel 9 hvor det er redegjort for forholdet til henholdsvis helsepersonelloven og forvaltningsloven.

6.2 Lovforslagets struktur

6.2.1 Dagens lovstruktur

Helselovgivningen består av en rekke lover som regulerer ulike deler av tjenesten:

- Tre tjenestelover som regulerer henholdsvis kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten (lov om kommunehelsetjenesten, lov om spesialisthelsetjenesten og lov om tannhelsetjenesten).
- Egne særlover for særskilte områder, blant annet lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven), lov om medisinsk bruk av bioteknologi (bioteknologiloven) og lov om helseforetak (helseforetaksloven).
- Helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp er regulert i lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven).
- Pasientens rettigheter er regulert i lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). I likhet med helsepersonelloven gjelder denne loven både for primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og privat virksomhet.

I tillegg gjelder blant annet følgende særlover for helsetjenesten:

- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)
- Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven).

Opplistingen ovenfor viser at det er mange lover som regulerer den helsevirksomheten kommunene er ansvarlig for. På flere områder er det en dobbeltregulering av den kommunale helsetjenesten. Dette gjelder blant annet regulering av retten til hjelp, klageordning og tilsyn.

Reguleringen av sosialtjenesten skiller seg fra reguleringen av kommunehelsetjenesten ved at regelverket i hovedsak er samlet i en lov. *Lov om sosiale tjenester mv.* regulerer sosiale tjenester. Sosialtjenesteloven regulerer også retten til hjelp, klageordning, tilsyn, taushetsplikt mv. Forvaltningslovens regler om saksbehandling gjelder med enkelte særregler fastsatt i sosialtjenesteloven.

6.2.2 Ulike lovmodeller

I NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten (Berntutredningen) har utvalget vurdert tre modeller for en bedre harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivningen. Den første modellen går ut på å videreføre dagens system med to lover, men i harmoniserte utgaver. Modell to er en felles lov for den kommunale sosial- og helsetjenesten som bare omfatter organisering av tjenestene og hvilke tjenester kommunen skal være forpliktet til å yte, kombinert med en ny sosialpersonellov på linje med helsepersonelloven, alternativt en endring av helsepersonelloven til også å omfatte sosialpersonell. Denne modellen forutsetter at tjenestemottakerens rettigheter og krav til tjenesteutøvingen reguleres særskilt, eventuelt som en endring av pasientrettighetsloven til også å omfatte mottakere av sosiale ytelser. Utvalget mente det kunne være grunn til å utrede en slik vidtgående integrering og felles rettslig regulering, men viste til at dette vil kreve betydelig mer tid til gjennomgang av eksisterende regelverk enn utvalget hadde til rådighet. Den tredje modellen, - som er den utvalget foreslo, går ut på å erstatte dagens to lover med en felles kommunal sosial- og helsetjenestelov som regulerer kommunens ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakernes rettigheter, beslutningsprosess og klageadgang. Forslaget innebar også at den enkelte tjenesteyter direkte eller indirekte ble pålagt en rekke plikter i forbindelse med tjenesteytingen.

I høringen til utredningen støttet nesten alle de *kommunene* som uttalte seg forslaget til ny felles lov. Flere pekte på at også barnevernloven burde integreres i den nye loven. Enkelte var opptatt av forholdet til NAV-reformen og savnet en kobling mellom lovforslaget og NAV. Bare to av kommunene uttalte at de ønsket en videreføring og harmonisering av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. *Stavanger* kommune støttet at det i tillegg til en felles sosial- og helsetjenestelov kunne være grunn til å endre helsepersonelloven til å omfatte sosialpersonell, samtidig som pasientrettighetsloven ble utvidet til å omfatte sosiale ytelser.

Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon støttet også forslag om en felles lov. KS mente at dette ville gi bedre oversikt over regelverk for tjenestebrukere og tjenesteytere, og at en felles lov kunne gi kommunene bedre mulighet for helhetlig organisering og prioritering, større mulighet for å yte mer helhetlige tjenestetilbud til den enkelte og økt mulighet for likebehandling. Det ble også vist til at en felles lov vil kunne redusere mulighetene for ansvarsfraskrivning og overlappende ansvarsforhold.

Et klart flertall av de *fylkesmannsembetene* som uttalte seg, støttet forslaget om ny felles lov (10 av 14). Tre av embetene tok ikke stilling, mens ett embete ønsket en videreføring og harmonisering av dagens to lover. De som støttet forslaget til ny lov, har i hovedsak gitt følgende begrunnelser:

- Forslaget vil gi bruker og tjenesteyter bedre oversikt over kommunens samlede tilbud.
- Forslaget vil forenkle koordineringen av de ulike tjenestene.
- Forslaget vil fremme samarbeid mellom de ulike fagområdene i kommunen.
- Forslaget vil gjøre det enklere for kommunen å ivareta en god kvalitet på saksbehandlingen.

Blant *helsetilsynet i fylkene* var det seks av ti som ønsket en videreføring og harmonisering av dagens to lover. Bare en av disse instansene støttet utvalgets forslag, mens tre ikke tok stilling. Hovedbegrunnelsen for motstanden mot forslaget var at forholdet til øvrig helselovgivning var for uklart. Flere uttalte at behovet for samordning vertikalt mellom tjenestenivåene (første- og annenlinjetjenesten) var større enn behovet for samordning internt i kommunene.

Tre av departementene uttalte seg om valg av harmoniseringsmodell. *Justisdepartementet* var i hovedsak positiv til forslaget om felles lov og uttalte at det virket mer brukervennlig enn de eksisterende lovene. Samtidig pekte departementet på at det bør gå klart fram hva som er forholdet mellom reglene i den nye loven og regler i andre lover som regulerer det samme. *Kommunal- og regionaldepartementet* viste til at det er viktig at den samlede reguleringen av helse- og sosialtjenestene ikke blir mer omfattende enn nødvendig. Daværende *Moderniseringsdepartementet* støttet forslaget til felles lov.

Helsedirektoratet var enig i at det er behov for samordning av sosial- og helsetjenester, men pekte på at behovet for samordning i første rekke gjelder de som trenger flere sammensatte tjenester over lang tid, herunder de som mottar døgnkontinuerlig pleie og omsorg, både i og utenfor institusjon. Direktoratet mente modell to ville ha mye for seg, fordi en ved denne modellen kunne oppnå harmonisering samtidig som en ville unngå dobbeltbehandling av sentrale rettigheter og plikter. Ifølge direktoratet medførte utvalgets forslag at helsehjelpsmottakeres rettigheter og helsepersonells plikter i større grad enn tidligere ville bli regulert i to regelsett, og en slik dobbeltbehandling ville kunne bidra til at det ble vanskeligere for brukere av helsetjenester å orientere seg i regelverket.

Statens helsetilsyn støttet utvalgets forslag til felles lov og var enig i at dette ville bidra til en bedre samordning av tjenestene i kommunen. I likhet med direktoratet savnet tilsynet en nærmere vurdering og håndtering av grenseflater og uklarheter som følger av lovforslaget, særlig forholdet til spesialisthelsetjenesten, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.

De fem regionale helseforetakene avga en felles uttalelse og støttet intensjonen om en felles sosial- og helsetjenestelov. De pekte samtidig på at en felles lov ikke alltid vil passe til konteksten. De var særlig bekymret for økt byråkratisering av helsetjenesten og viste til behovet for fortsatt smidige henvisningsordninger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Blant *helseforetakene* var det fire som uttalte seg uttrykkelig om

valg av harmoniseringsmodell. Disse støttet utvalgets forslag og viste til at det er viktig å sikre en helhetlig tilnærming og sammenheng i tjenestetilbudet mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg ble det pekt på at det er viktig å sikre god sammenheng mellom den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven, både når det gjelder begreper og innhold.

Statens seniorråd, Statens råd for funksjonshemmede, Forbrukerrådet og *Barneombudet* støttet forslaget om felles lov. Statens seniorråd uttalte at det er spesielt viktig ved behov for behandling kombinert med pleie og omsorg at tildeling og utøvelse av tjenester reguleres i ett lovverk. Ifølge Barneombudet ville større grad av enhetlig og samordnet regelverk være en viktig del i arbeidet for å sikre helhet i tjenestetilbudet og en helhetlig tilnærming til borgernes behov.

Blant *yrkes- og interesseorganisasjonene* støttet flertallet utvalgets forslag om felles lov. De organisasjonene som gikk imot utvalgets forslag, ønsket en videreføring av dagens to lover i harmoniserte utgaver. *LO* og *Fagforbundet* mente at forholdet til helsepersonelloven og pasientrettighetsloven må avklares før forslag til samordning av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven kan legges fram for behandling.

Flere av *bruker- og pårørendeorganisasjonene* ga uttrykk for støtte til forslaget om felles lov. *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon* viste til at FFO i mange sammenhenger har etterlyst et mer helhetlig perspektiv ut fra et brukerståsted og at et felles lovverk som kan gjøre det enklere for brukere å skaffe seg oversikt over hjelpetilbudet, derfor ønskes velkomment. Flertallet av disse organisasjonene uttalte seg ikke uttrykkelig om valg av harmoniseringsmodell, men hadde merknader som bygger på ulike forutsetninger for å kunne gå inn for utvalgets lovforslag.

6.2.3 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og Stortingets behandling av meldingen

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) er det uttalt at Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere en ny felles helse- og sosiallov for kommunene som en del av oppfølgingen av meldingen, jf. meldingens punkt 17.2. I Innst. 212 S (2009-2010) har Stortinget ikke eksplisitt diskutert en felles kommunal helse- og omsorgslov til erstatning for dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, men flere steder legger komiteen til grunn at det skal utarbeides en slik felles lov.

6.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Et sentralt spørsmål er hvilken lovmodell som på best mulig måte ivaretar målet med harmoniseringen av gjeldende regelverk, og som bidrar til færrest mulig gråsoner og uklarheter i regelverket. I tillegg til de tre modellene som Berntutvalget vurderte finnes også andre mulige modeller for regulering av de kommunale sosial- og helsetjenestene. I begrunnelsen for oppnevningen av utvalget ble det vist til dagens regulering av pleie- og omsorgstjenestene. Reguleringen av disse tjenestene er forankret både i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven, og tjenestene ytes ofte av samme personell. De uheldige virkningene av dagens todelte regulering er særlig tydelige for

disse tjenestene, noe som kan begrunne en egen pleie- og omsorgslov. En slik lov vil imidlertid etter departementets vurdering ikke forenkle regelverket, men heller etablere nye gråsoner mellom de kommunale tjenestene og øke uklarheten om hvilke regler som gjelder for hvilke tjenester. Departementet finner derfor ikke grunnlag for å tilrå en egen pleie- og omsorgslov.

Som Berntutvalget selv har pekt på, er det en utfordring å unngå at en felles lov blir for stor og uoversiktlig. Etter at utvalget la fram sin innstilling, er det etablert en ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV), jf. lov om arbeids- og velferdsforvaltningen. I tillegg er enkelte deler av sosialtjenesteloven nylig skilt ut i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette er nærmere omtalt nedenfor i punkt 7.6. Dette gjelder reglene om økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad. Loven omfatter også kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet og plikt til å skaffe midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. Overføringen av deler av sosialtjenesteloven til den nye særloven har også medført at de oppgavene som foreslås regulert i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, vil bli mer likeartede enn hvis loven skulle omfatte alle de oppgavene/tjenestene og tiltakene som tidligere var regulert i sosialtjenestelov.

I tillegg til ovennevnte "flytting" av deler av sosialtjenesteloven, viser departementet også til at det parallelt med dette høringsnotatet også sendes på høring forslag til ny folkehelselov. Det foreslås her blant annet at gjeldende bestemmelser om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a, samt enkelte andre bestemmelser om folkehelsearbeid, flyttes til den nye folkehelseloven.

Etter departementets vurdering vil en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som opptar gjeldende kommunehelsetjenesteloven og de resterende deler av sosialtjenesteloven, gi et bedre grunnlag for å oppnå et oversiktlig og helhetlig regelverk enn en regulering i to atskilte lover. En felles lov vil særlig ivareta behovene til personer som trenger flere sammensatte tjenester og gjøre det enklere for disse å orientere seg om kommunens plikter.

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal også følge opp prinsippene i samhandlingsreformen. Hensikten med en ny felles lov er slik sett også å bidra til å sikre godt samarbeid innad i kommunen og å gi kommunene bedre rammebetingelser for å yte helhetlige og integrerte tjenestetilbud, jf. nærmere om dette i blant annet i kapittel 11 og kapittel 19. Det er viktig å legge til rette for at kommunene kan gi helhetlige og tverrfaglige tilbud - på tvers av dagens deltjenester. Etter departementets vurdering vil en felles lov gi et bedre grunnlag for helhetstenking og tverrfaglig tilnærming til de oppgavene som skal løses. Departementet viser også til uttalelsene fra et flertall av høringsinstansene til Berntutredningen. Som nevnt støttet flertallet forslaget om felles lov og mente at dette ville bidra til en bedre samordning av tjenestene i kommunene og fremme samarbeid mellom de ulike fagområdene.

Etter departementets vurdering er det videre viktig å velge en lovmodell som kan bidra til å fremme samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og

spesialisthelsetjenesten. Flere av høringsinstansene til Berntutredningen har pekt på behovet for samordning vertikalt mellom tjenestenivåene (første- og annenlinjetjenesten). Etter departementets oppfatning er det behov for samordning av lovverket for første og andrelinjetjenesten, i tillegg til samordning av lovverket for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En felles kommunal helse- og omsorgslov vil etter departementets vurdering gi et bedre grunnlag for å fremme samhandling mellom tjenestenivåene enn å videreføre dagens system med to atskilte tjenestelover for kommunen.

Departementets lovforslag bygger på at øvrig helselovgivning som utgangspunkt skal komme til anvendelse på alle tjenestene etter den nye loven. Dette betyr at klageadgang, tilsyn, personellets yrkesutøvelse m.m. vil bli regulert i andre lover, og at det i den nye loven som hovedregel ikke blir nødvendig å skille mellom helsetjenester og andre tjenester. Dette medfører betydelige forenklinger i forhold til dagens regelverk, både for kommunene, tjenestemottakerne, tjenesteyterne og andre brukere av regelverket. Forslaget innebærer mindre dobbeltregulering av den kommunale helsetjenesten enn det dagens lovstruktur innebærer. Departementet har i utformingen av forslaget lagt vekt på at lovverket for de kommunale helse- og omsorgstjenestene må samordnes samtidig som lovverket for førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten må være samordnet.

6.3 Lovforslagets formål

6.3.1 Gjeldende rett

Sosialtjenesteloven skal fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. I tillegg er formålet å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, jf. sosialtjenesteloven § 1-1. Bestemmelsen uttrykker de sosialpolitiske målene for sosialtjenestens virksomhet.

Etter *kommunehelsetjenesteloven* § 1-2 skal kommunen ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. I tillegg skal kommunen spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet, samt folkehelsen.

I *pasientrettighetsloven* er det presisert at lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten, jf. § 1-1. Her framgår det også at lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

I *spesialisthelsetjenesteloven* er det listet opp i seks punkter hva som særlig er lovens formål, jf § 1-1. I tillegg til formål nevnt i kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven, gjelder punktene i spesialisthelsetjenesteloven det å sikre et likeverdig tjenestetilbud, bidra til at ressursene utnyttes best mulig, bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov og bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Tannhelsetjenesteloven skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling, jf. lovens § 1-2. I tillegg skal fylkeskommunen spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.

6.3.2 Forslag i NOU 2004: 18 Helhet- og plan i sosial- og helsetjenesten - høringsinnspill

I Berntutredningen er det foreslått en felles formålsbestemmelse der teksten er gjort mer generell og forenklet, særlig i forhold til sosialtjenesteloven § 1-1. Utvalget uttalte at de var skeptiske til å trekke inn "vide ideologiske proklamasjoner" i en lovtekst, og at de ønsket å gjøre formålsangivelsen mer synlig og mer effektiv som rettslig vurderingsnorm i forhold til forvaltningspraksis.

Et fåtall av høringsinstansene har uttalt seg om utvalgets forslag til formålsbestemmelse. Statens råd for funksjonshemmede ønsket at innholdet i sosialtjenesteloven § 1-1 ble videreført. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) uttalte at det er viktig å ha en formålsparagraf som har nok politisk og ideologisk kraft i seg til å gi vern til utsatte samfunnsborgere, og at det er viktig å ha formålsformuleringer som er synlige, slik at forvaltningspraksis påvirkes i riktig retning. Norges Handikapforbund uttalte at formålsbestemmelsen i sosialtjenesteloven har hatt stor betydning for funksjonshemmede og deres mulighet til deltakelse og reagerte sterkt på at utvalget foreslo å fjerne store deler av denne bestemmelsen. Forbundet foreslo at formålsbestemmelsen i sosialtjenesteloven integreres i formålet til ny lov, og at full likestilling og deltakelse framheves i målformulering og i tilknytning til rett til praktisk og personlig hjelp, herunder brukerstyrt personlig assistanse.

6.3.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener det er viktig å utforme en formålsbestemmelse som presiserer et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg må det legges vekt på å oppnå en formålsbestemmelse som kan bidra til å fremme samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. I likhet med flere av høringsinstansene til Berntutredningen finner departementet at hovedinnholdet i formålsbestemmelsen i sosialtjenesteloven bør videreføres. Som påpekt av Norges Handikapforbund, har denne bestemmelsen vist seg å fungere veiledende i praksis, særlig når det gjelder hvordan skjønnet skal utøves ved tildeling av tjenester til funksjonshemmede.

Departementet viser også til formålsbestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1. Etter departementets vurdering bør de formålene som er angitt i denne bestemmelsen, også komme til uttrykk i formålsbestemmelsen til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er viktig for å bidra til en mer samordnet forståelse av de overordnede målene med lovverket innenfor helse- og omsorgssektoren.

Lovens formålsbestemmelse bør også underbygge at likeverdige helse- og omsorgstjenester er viktig for befolkningens helse, velferd og trygghet, selv om helse og

omsorg først og fremst skapes utenfor helse- og omsorgssektoren. Internasjonale studier av sosioøkonomiske variasjoner i tilgang til helsetjenester viser at helsegevinsten av behandling øker med økende sosioøkonomisk status. Spesialiserte tjenester og forebyggende tjenester brukes mer av grupper med høy sosioøkonomisk status, mens akutte tjenester brukes mer av grupper med lav sosioøkonomisk status. I St.meld. nr. 20 (2006-2007) er det drøftet en rekke vridningsmekanismer som kan skape ulikhet i helsetjenestebruk:

- Organiseringen av tjenesten kan gjøre terskelen for høy for enkelte grupper i en vanskelig livssituasjon
- Juridiske rettigheter kan virke sosialt skjevt fordi det krever ressurser å hevde rettigheter
- Økt grad av brukervalg kan favorisere de som har kompetanse til å velge
- Finansieringssystemer kan føre til vridning bort fra pasienter og oppgaver som ikke omfattes av ordningen, noe som kan ramme pasienter med kroniske og sammensatte lidelser
- Egenandeler reduserer etterspørselen etter nødvendige og unødvendige tjenester, og gjelder aller mest de som har dårligst råd
- Helsetjenesteforsikringer og privatfinansierte helsetilbud kan føre til forskjeller og undergrave hensikten med egenandelsordningen, og dempe etterspørselen etter lavt prioriterte helsetjenester

Departementet foreslår på denne bakgrunn en formålsbestemmelse som kombinerer innholdet i sosialtjenesteloven § 1-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 1-1, jf. departementets lovutkast § 1-1. I tillegg til de formålene som vil framgå av den nye loven, vil også formålene angitt i pasientrettighetsloven gjelde tilsvarende for de som ber om eller mottar hjelp etter den nye loven, jf. høringsnotatets kapittel 20 og 21 hvor det er foreslått å regulere pasienter og brukeres rettigheter etter den nye loven i pasientrettighetsloven.

6.4 Lovforslagets virkeområde

6.4.1 Gjeldende rett

Sosialtjenesteloven har i § 1-2 regler om lovens virkeområde. Her framgår det at lovens bestemmelser om tjenester og tiltak gjelder for alle som oppholder seg i riket. Videre er det bestemt at Kongen kan gi forskrifter som begrenser lovens anvendelse på personer som ikke er norske statsborgere, eller som ikke har bopel i riket. Kongen kan også gi forskrifter om anvendelse av loven på personer som oppholder seg i utlandet, men som har tilknytning til riket og om lovens anvendelse på Svalbard.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-1 omhandler kommunens ansvar for helsetjenesten. Her framgår det at landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Det er også presisert at kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller

fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen.

Pasientrettighetsloven gjelder for alle som oppholder seg i riket, jf. § 1-2. Her framgår det at Kongen i forskrift kan gjøre unntak fra reglene i lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket. Det er også bestemt at Kongen gir forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen m.m.

Spesialisthelsetjenesteloven gjelder for spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i riket av staten og private, når ikke annet følger av de enkelte bestemmelser i loven. Departementet kan ved forskrift eller i det enkelte tilfellet bestemme hva som er spesialisthelsetjeneste. I likhet med det som er bestemt i pasientrettighetsloven, kan Kongen gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen m.m.

6.4.2 Forslag i NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten - høringsinnspill

Berntutvalget foreslo en egen bestemmelse om at loven skulle gjelde tjenester og tiltak til personer som oppholder seg i riket. I tillegg ble det foreslått at Kongen kan gi forskrifter med særlige regler om lovens anvendelse. Utvalget foreslo ikke en egen bestemmelse om lovens saklige virkeområde, men meningen var at lovforslaget skulle omfatte tjenester og tiltak som i dag er regulert i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. I utvalgets lovutkast var det ikke skilt mellom sosiale tjenester og helsetjenester.

Etter at utvalget la fram sitt forslag, er det etablert en ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV). Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen ble vedtatt i juni 2006 og trådte i kraft 1. juli samme år. I tillegg er sosialtjenesteloven endret ved at enkelte deler av loven nylig er skilt ut i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Disse endringene trådte i kraft 1. januar 2010. Dette er nærmere omtalt ovenfor i punkt 7.6. Dette betyr at virkeområdet for en ny felles lov vil bli mindre omfattende enn det virkeområdet sosialtjenestelov og kommunehelsetjenesteloven hadde før 2010.

Bare et fåtall av høringsinstansene til Berntutredningen har kommentert spørsmålet om virkeområde for ny felles lov.

6.4.3 Departementets vurderinger og forslag

Enkelte deler av dagens sosialtjenestelov er som nevnt nylig overført til en egen lov, jf. ovenfor under punkt 6.2.4. Dette betyr at det saklige virkeområdet for ny felles lov vil bli mindre omfattende enn det Berntutvalget foreslo.

Forskjellig lovforankring av sosiale tjenester som inntil nylig har vært regulert samlet i en lov, reiser spørsmål om hvilke begrep som bør benyttes i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester for å fange opp de forskjellige tjenestene som den nye loven skal omfatte. Tilsvarende må det også tas stilling til hvilket begrep som bør benyttes for å dekke de helsetjenestene loven skal omfatte. Spørsmål om begrepsbruk er aktuelt både for tittelen på den nye loven og for avgrensningen av lovens virkeområde.

Etter departementets vurdering bør målet være at begrepsbruken gir hensiktsmessige og dekkende signaler om virkeområdet til den nye loven. En særlig utfordring er at begrep som benyttes i dag, blir brukt og forstått på forskjellige måter, avhengig av hvilken sammenheng de benyttes i.

Sosialtjenesteloven regulerer forskjellige typer tjenester og tiltak. Begrepet *sosiale tjenester* er ikke definert i denne loven eller annet lovverk. Begrepet omfatter i prinsippet også økonomisk stønad og kvalifiseringsstønad, som er regulert i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. I praksis blir imidlertid begrepet sosiale tjenester ofte brukt slik at det bare omfatter de tjenestene som er regulert i sosialtjenesteloven kapittel 4, jf. opplistingen i § 4-2 av hvilke sosiale tjenester kommunen skal tilby. Begrepet *sosialtjenesten* blir av mange brukt synonymt med sosialkontortjenesten.

Begrepet *omsorgstjenester* har vært brukt i atskillige offentlige dokumenter, jf. særlig *St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*. Omsorgsbegrepet er nærmere omtalt i meldingens punkt 5.3. Her framgår blant annet følgende:

> ”Omsorgsbegrepet kan ha flere dimensjoner. I tillegg til å beskrive selve arbeidet som blir utført, står begrepet for et ideal, en intensjon om å ha omtanke for og sørge for en annen. Omsorgsbegrepet omfatter både den hjelpen som blir gitt, måten den blir gitt på og relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker.”

I likhet med ”sosiale tjenester” er ikke ”omsorgstjenester” definert i lovverket. Sosialtjenesteloven benytter omsorgsbegrepet i forskjellige sammenhenger. I denne loven er både ”omsorgsarbeid” og ”heldøgns omsorgstjenester” benyttet, jf. særlig lovens kapittel 4. I tillegg er omsorgsbegrepet benyttet i sosialtjenesteloven § 4-3, der ett av vilkårene for å ha rett til sosiale tjenester er at vedkommende ikke kan ”dra omsorg” for seg selv. Helsepersonelloven benytter omsorgsbegrepet om måten hjelpen skal gis på. I denne lovens § 4 er det stilt krav om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de *”krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellet kvalifikasjoner, arbeidet karakter og situasjonen for øvrig”*. Departementet vil også vise til pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c) hvor ”pleie- og omsorgsformål” er inntatt i definisjonen av begrepet ”helsehjelp”

Departementet vil på denne bakgrunn foreslå at begrepet omsorgstjenester benyttes som samlebetegnelse for å fange opp de tjenester som i dag er regulert i sosialtjeneseteloven. Disse tjenestene vil omfatte de tjenestene som i dag er regulert i sosialtjenesteloven kapittel 4, 4A og 6. De generelle oppgavene som er regulert i sosialtjenesteloven kapittel 3, er innarbeidet i lovutkastet i dette høringsnotatet.

Helsetjenesten er i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav d definert som ”primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten”. Dette betyr at *primærhelsetjenesten* er en betegnelse på helsetjenester som ikke hører inn under spesialisthelsetjenesten eller tannhelsetjenesten, dvs. tjenester som staten eller fylkekommunen ikke er tillagt ansvar for. I likhet med begrepet spesialisthelsetjenesten

har ikke begrepet primærhelsetjenesten et presist avgrenset innhold. Ifølge forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven (Ot. prp. nr. 10, (1998-99)) er spesialisthelsetjenesten en *"samlebetegnelse på den type helsetjenester som man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivå"*. Tilsvarende er begrepet primærhelsetjenesten en samlebetegnelse på helsetjenester som det ikke er hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten eller tannhelsetjenesten skal ha ansvar for. Primærhelsetjenesten omfatter de helsetjenestene som kommunene skal ha ansvar for, enten ved å yte tjenestene selv eller ved å inngå avtale med andre tjenesteytere.

I tråd med ovennevnte foreslår departementet å definere lovens virkeområde til å være helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private med avtale med kommunen når ikke annet følger av de enkelte bestemmelser i loven, jf. lovforslagets § 1-2.

Etter departementets vurdering er det ikke hensiktsmessig med en nærmere avgrensning av hvem som er rettighetshaver etter loven. Som nærmere redegjort for under kapittel 10, 11 og 20, tilrår departementet at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad innrettes mot en rendyrket "pliktlov" eller "tjenestelov" for kommunene. Dette innebærer at hvilke personer loven gjelder for og hvilke rettigheter den enkelte pasient har etter loven i stor grad vil måtte bestemmes etter annen lovregulering, hvor særlig pasientrettighetsloven vil være sentral. Dette innebærer for eksempel at i hvilken grad personer som oppholder seg ulovlig i landet vil omfattes av loven, fastsettes gjennom annen lovgivning og ikke i virkeområdebestemmelsen i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

6.5 Lovforslagets definisjoner og begrepsbruk

I lovforslaget har departementet foreslått enkelte definisjoner, jf. lovforslaget § 1-3.

Begrepet *"pasient"* foreslås definert på samme måte som i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a.

Begrepet *"bruker"* foreslås definert som en person som anmoder om tjenester omfattet av loven, med da tjenester som ikke er å anse for "helsehjelp" slik dette er definert i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c.

Når det gjelder begrepet *"helsehjelp"* foreslås dette som nevnt definert ved en henvisning til definisjonen i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c.

I lovforslaget § 1-3 bokstav d og bokstav e foreslås inntatt definisjoner av henholdsvis *"pasientsikkerhet"* og *"kvalitet"*.

7 Forholdet til annen lovgivning

7.1 Innledning

I regjeringens begrunnelse for oppnevning av Berntutvalget ble det presisert at utvalget måtte avklare forholdet til de nye helselovene, i særlig grad pasientrettighetsloven. Samtidig framgår det at helsepersonelloven i utgangspunktet skulle holdes utenfor.

Flere av høringsinstansene har påpekt at utvalgets forslag var uklart i forhold til annen helselovgivning. *Helsedirektoratet* uttalte at forslaget ville medføre at helsehjelpsmottakeres rettigheter og helsepersonells plikter i større grad enn tidligere ville bli regulert i to regelsett, og at en slik dobbeltregulering ville kunne bidra til at det blir vanskeligere for brukere av helsetjenester å orientere seg i regelverket. *LO og Fagforbundet* mente at forholdet til helsepersonelloven og pasientrettighetsloven måtte avklares før forslag til samordning av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven kunne legges fram for behandling. *Justisdepartementet* mente utvalgets lovforslag reiste et generelt spørsmål om i hvilken grad bestemmelser i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven skal gjentas og uttalte blant annet:

> "Fra et brukerperspektiv kan det være ønskelig med en samlet fremstilling av de aktuelle reglene i den nye loven, men det får lovverket som helhet til å svulme opp. Det bør derfor vurderes å bruke formen "… loven § … gjelder tilsvarende" i noe større grad. Det bør også gå klart fram hva som er forholdet mellom reglene i den nye loven og reglene i andre lover som regulerer det samme."

Helse- og omsorgsdepartementet er enig i at utvalgets forslag er uklart i forhold til annen helselovgivning. Departementet foreslår at annen helselovgivning som utgangpunkt skal gjelde tilsvarende for alle tjenestene etter den nye loven. Dette betyr at øvrig helselovgivning *som hovedregel* skal gjelde både for helsehjelp etter den nye loven og for tjenester som ikke anses som helsehjelp, altså "omsorgstjenester". Det vil i så fall ikke være nødvendig å skille mellom helsehjelp og annen type hjelp etter den nye loven. Det vil innebære en betydelig forenkling at de samme reglene i hovedsak vil gjelde uavhengig av hva slags tjenester det dreier seg om. I tillegg vil løsningen gi et mer oversiktlig regelverk, både for tjenestemottakerne (pasientene og brukerne), tjenesteyterne, kommunene og andre brukere av den nye loven.

Departementets forslag må også ses i sammenheng med forslaget til lovmodell, jf. kapittel 6.2.5. Den nye loven vil i hovedsak regulere kommunens ansvar og oppgaver, mens rettigheter for pasienter og brukere, plikter for tjenesteyterne, tilsyn m.m., stort sett vil være regulert i andre lover. Dette innebærer at man vil unngå den dobbeltreguleringen som i dag finnes for kommunehelsetjenesten.

Etter departementets vurdering vil forslaget ivareta både faglige hensyn og harmoniseringshensyn. De hensynene som ligger bak de øvrige helselovene, vil som hovedregel tilsi at reglene bør komme til anvendelse på alle tjenestene som ytes etter den nye loven. Særlige hensyn kan imidlertid tale for at det på enkelte områder bør gjøres

unntak fra prinsippet om at øvrig helselovgivning skal gjelde tilsvarende, jf. nærmere om dette i høringsnotatets punkt 7.2.3.

7.2 Helsepersonelloven

7.2.1 Gjeldende rett

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) gir regler om hvilke plikter og krav som stilles til helsepersonell ved utøvelse av helsehjelp. Særskilt regulering av helsepersonell er først og fremst begrunnet i pasientens sikkerhet. Reglene skal sikre at yrkesutøverne yter forsvarlige tjenester. Lovens motiver legger vekt på at personell som foretar handlinger overfor en pasient bør ha et selvstendig ansvar for det de gjør. Ansvaret skal bidra til at kvaliteten på tjenestene blir høyere. Helsepersonelloven gir også staten mulighet til styre yrkesutøvere som har folks liv og helse som arbeidsområde, ved at staten gis adgang til å stille krav til kvalitet og sikkerhet i tjenesten. Lovens sanksjonssystem overfor helsepersonell gir mulighet for å evaluere utførte helsetjenester, herunder mulighet til å gripe inn overfor helsepersonell som anses uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 57. Slikt administrativt sanksjonsapparat vil i tillegg avlaste rettssystemet mot søksmål om uforsvarlig tjenesteutøvelse.

Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket, jf. § 2. Helsepersonell er definert som autorisert personell eller personell ansatt i helsetjenesten eller apotek, jf. § 3. Autorisert personell omfattes av loven når de yter helsehjelp selv om de arbeider utenfor helsetjenesten. Ikke-autorisert personell omfattes av loven dersom de er tilknyttet helsetjenesten eller apotek og yter helsehjelp. Departementet kan i forskrift bestemme at også andre grupper omfattes av en eller flere av bestemmelsene.

Kravet til forsvarlig yrkesutøvelse må sees i sammenheng med kommunens plikt til å ha en forsvarlig virksomhet. Det betyr blant annet å organisere tjenesten slik at helsepersonell skal kunne utføre faglig forsvarlige helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 16 og kommunehelsetjenesteloven § 1-3 bokstav a. Departementet viser i den forbindelse til høringsnotatets kapittel 19 hvor det er redegjort nærmere for kommunens systemansvar for å sikre forsvarlige tjenester.

Sosialpersonell har ingen liknende lovgivning som regulerer yrkesutøvelsen. Tjenesteutøvelsen for denne gruppen er generelt regulert i arbeidsmiljøloven, i tillegg til de krav som forvaltningsloven stiller til personell som jobber innen offentlig forvaltning. Plikter etter sosialtjenesteloven er lagt til kommunen, som er ansvarlig for kvaliteten og forsvarligheten på de tjenester som tilbys.

7.2.2 Behov for endringer

7.2.2.1 Utviklingstrekk knyttet til tjenestene

Utviklingen innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de senere årene gått i retning av at flere tjenester til flere personer ytes av hjemmetjenestene. Utviklingen har medført at disse delene av tjenestene har blitt mer kompetansekrevende. Tjenestene kan i

enkelte tilfeller være ganske like og det kan av og til virke tilfeldig om kommunene hjemler tjenestene i kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven. Tjenestene og personellet reguleres av helselovgivningen når det treffes avgjørelse om hjelp etter helselovgivningen og av sosialtjenesteloven når vedtak treffes etter denne loven. Deler av dagens sosial- og helsepersonell arbeider i stadig større grad innenfor de samme feltene og ofte vil sosial- og helsepersonell jobbe side ved side og avløse hverandre. Dette gjelder særlig innen kommunens pleie- og omsorgstjeneste, psykisk helsearbeid og i arbeidet med rusmiddelavhengige og utviklingshemmede. Tjenester gis i mange tilfeller vekselvis av helsepersonell og sosialpersonell og samme personell kan yte både helsetjenester og sosiale tjenester. I disse situasjonene er det uheldig, både i forhold til brukerne og i forhold til det enkelte personell, at pliktene for personellet varierer.

7.2.2.2 NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten og høringsinstansenes uttalelser

Berntutvalget ble i mandatet bedt om å avklare forholdet mellom utvalgets forslag og den øvrige helselovgivning. Det ble imidlertid presisert at "(h)elsepersonelloven bør i utgangspunktet holdes utenfor utvalgets gjennomgang, fordi dette er en lov som er ment å ivareta autorisasjonsordningen for helsepersonell og andre spesielle hensyn i tilknytning til profesjonsutøvelsen." Utvalget foreslo ingen endringer i helsepersonelloven. I forslaget var det imidlertid inntatt bestemmelser som skulle ha til hensikt å erstatte regler i helsepersonelloven.

Utvalget foreslo et krav om faglig forsvarlighet for tjenester som tilbys eller ytes etter lovforslaget. Forslaget innebar imidlertid ingen individuell plikt for sosialpersonell til å utføre tjenestene faglig forsvarlig. Videre foreslo utvalget felles regler for journalføring for tjenester etter loven. Ansvaret for journalføringen var etter utvalgets forslag lagt til *kommunen* og ikke til den enkelte tjenesteyter.

Høringsinstansene var i hovedsak enig i forslaget om å likestille reglene om dokumentasjon av helse- og sosialtjenester. De færreste uttalte seg konkret om forslaget til felles dokumentasjonsplikt. Høringsinstansene tok blant annet opp følgende problemstillinger:

- Vanskeligheter knyttet til to sett av regler om journalføring for helsepersonell avhengig av hvilket tjenestenivå de befinner seg på (kommunehelsetjenesten vs. spesialisthelsetjenesten).
- Kommunen og ikke personellet som pliktsubjekt.
- Frykt for informasjonsspredning på tvers av etater og faggrupper.

7.2.2.3 Andre utredninger/prosesser

Spørsmål knyttet til sosialpersonells yrkesutøvelse, og især spørsmålet om autorisasjon, har vært oppe og delvis utredet i flere omganger de senere årene.

Helsedirektoratet la frem utredningen *"Krav til faglig forsvarlighet for sosialpersonell m.v."* i juni 2007. Utredningen konkluderte med at dagens lovgivning er mangelfull, og at det er behov for at kravene til forsvarlighet for sosialpersonell gjøres lettere tilgjengelig og forankres tydeligere i lovverket. Videre konkluderte utredningen med at

helsepersonellovens krav til forsvarlighet og krav til yrkesutøvelsen i det vesentlige kan gjelde tilsvarende for personell som yter sosiale tjenester. I utredningen foretok direktoratet en gjennomgang av helsepersonellovens andre bestemmelser og konkluderte i hovedsak med at det er behov for å stille tilsvarende krav overfor personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven.

Under behandlingen av omsorgsmeldingen vedtok Stortinget å be regjeringen vurdere en gjennomgang av autorisasjonsordningene i sosial- og helsetjenesten (vedtak 383). Departementet ga Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en generell og prinsipiell gjennomgang av helsepersonellovens autorisasjonsordning, og direktoratet leverte i januar 2008 rapporten "Utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning". Rapporten er en utredning av hvilke overordnede prinsipielle kriterier som bør legges til grunn ved autorisasjon av helsepersonell etter helsepersonelloven. I etterkant av rapporten ble direktoratet bedt om å foreta ytterligere utredning av enkelte problemstillinger. Direktoratets tilleggsrapport forelå august 2008. Direktoratet foreslo i disse rapportene at helsepersonellovens autorisasjonsordning i all hovedsak kan videreføres i sin nåværende form.

7.2.3 Departementets vurdering og forslag

I dag er helsepersonells yrkesutøvelse regulert av helsepersonelloven som blant annet gir regler om forsvarlighet, taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og autorisasjon. Tilsvarende regulering finnes som nevnt ikke for personell som yter sosiale tjenester. Personellets plikter varierer dermed til tross for at deler av dagens sosial- og helsepersonell innen pleie og omsorg, psykisk helsearbeid og i arbeidet med rusmiddelavhengige i stadig større grad arbeider innenfor de samme feltene. I disse situasjonene er det uheldig, både i forhold til brukerne og i forhold til det enkelte personell, at pliktene for personellet varierer.

Fra flere hold har det blitt fremholdt at en lovregulering av ansvaret til det enkelte personell vil bidra til å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet. Kravet om faglig forsvarlig yrkesutøvelse kan stimulere til faglig refleksjon og myndiggjøring av personellet. En lovfesting av yrkesutøvelsen kan også gi yrkene økt status.

Som det vil fremgå foreslås ikke skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester videreført i lovforslaget. En konsekvens av dette er at det også vil bli vanskelig å skille mellom helsepersonell og annet personell i den nye loven. Behovet for samordnet regulering av kommunens personell blir derfor enda sterkere.

På denne bakgrunn foreslår departementet at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1. Endringen i forhold til dagens regelverk består i at også personell som yter annen hjelp etter loven enn det som etter helsepersonelloven § 3 er å anse for helsehjelp, vil reguleres av helsepersonellovens bestemmelser.

Endringen vil medføre at personell som arbeider innenfor de samme og tilstøtende felt vil ha like plikter. For personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven, vil

endringen medføre en utvidelse og klargjøring av plikter i forhold til den enkelte tjenestemottaker og tjenesteutøvelsen.

Forslaget til endring vil omfatte bare en begrenset del av det personell som i dag er ansatt i sosialtjenesten. Endringen vil kun gjelde det personell som yter tjenester etter lovforslaget her, og ikke personell som faller inn under lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Lovteknisk er det flere måter å la helsepersonellovens regler gjelde for alt personell etter den nye loven:

– Henvisning i den nye loven til reglene i helsepersonelloven og eventuelt presisere hvilke regler som ikke skal gjelde for enkelte typer tjenester/personell.
– Endre definisjoner og bestemmelser i helsepersonelloven som regulerer lovens saklige virkeområde.

Helsepersonelloven har (nødvendigvis) et sterkt helsefaglig fokus. Det vil kreve et omfattende arbeid å foreslå endringer i denne loven som vil fange opp det sosialfaglige arbeidet på en likestilt måte. I tillegg ligger helsepersonelloven til grunn for en rekke helselover. Det er derfor vanskelig fullt ut å overskue alle eventuelle konsekvenser av en endring av lovens definisjoner. Endringer av lovens definisjoner kan dermed gi utilsiktede uheldige konsekvenser. Departementet foreslår derfor som nevnt en henvisningsbestemmelse i den nye loven til reglene i helsepersonelloven, jf. lovforslagets § 2-1. Forslaget medfører at helsepersonellovens regler også vil gjelde tilsvarende for personell etter lovforslaget som ikke faller inn under definisjonen av helsepersonell og som utfører andre handlinger enn helsehjelp. Eksempler på dette kan være tjenester i form av hjemmehjelp og støttekontaktordninger. Departementet legger imidlertid til grunn at personer som mottar omsorgslønn, jf. lovforslagets § 3-7, ikke vil være omfattet av helsepersonelloven. Det er her snakk om økonomiske ytelser som gis til en annen en den enkelte pasient/bruker, - typisk en pårørende, og det vil etter departementets oppfatning ikke være naturlig å se det slik at denne personen er å anse for en person som yter helsehjelp i henhold til helsepersonelloven.

I tråd med ovenstående foreslår departementet dermed ingen endring av helsepersonellovens begrep *helsehjelp* i helsepersonelloven § 3 hvor helsehjelp skal omfatte "enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell". I forlengelsen av dette vil imidlertid departementet foreslå en rent teknisk endring av definisjon av *helsehjelp* i lovens § 3 slik at lovens definisjon blir i samsvar med pasientrettighetslovens definisjon av *helsehjelp*, jf. denne lovens § 1-3 bokstav c) som også inkluderer "pleie- og omsorgsformål". Helsehjelpsbegrepet i helsepersonelloven fortolkes til også å omfatte pleie- og omsorgsformål, og lovendringen vil derfor ikke ha noen rettslig betydning. Departementet mener imidlertid det av lovtekstene bør fremgå at begrepet "helsehjelp" skal forstås likt etter henholdsvis helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Etter dette foreslår derfor departementet at det med *helsehjelp* i henhold til helsepersonelloven § 3 skal "menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell".

Ettersom departementet foreslår at ny lov § 2-1 skal vise til at helsepersonellovens bestemmelser skal gjelde for alt personell etter den nye loven, foreslår departementet heller ingen endring i definisjonen av *helsepersonell* i helsepersonelloven § 3 første ledd. Dette betyr at helsepersonell fortsatt skal omfatte:

1. personell med autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 eller lisens etter helsepersonelloven § 49
2. personell i helsetjenesten eller i apotek som utfører helsehjelp
3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp.

I kapittel 8 nedenfor er det foretatt en detaljert gjennomgang av hva forslaget konkret vil innebærer med hensyn til de ulike bestemmelsene i helsepersonelloven, herunder personellets yrkesutøvelse, taushetsplikt, opplysningsrett/-plikt mv.

7.2.4 Administrative og økonomiske konsekvenser

Når det gjelder administrative og økonomiske konsekvenser av å la helsepersonelloven komme til anvendelse også for "sosialpersonell" som yter tjenester omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, viser departementet til kapittel 8 hvor det er redegjort nærmere for helsepersonelloven og administrative og økonomiske konsekvenser av å la loven komme til anvendelse.

7.3 Helseregisterloven

7.3.1 Gjeldende rett

Ved elektronisk behandling av helseopplysninger i helsetjenesten og helseforvaltningen gjelder lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). Det samme gjelder ved annen (manuell) behandling av slike opplysninger, når opplysningene skal inngå i et helseregister, jf. helseregisterloven § 3. Helseregisterloven kommer til anvendelse både når det ytes tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og når det ytes tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven.

Helseopplyninger er i helseregisterloven § 2 nr. 1 definert som taushetsbelagte opplysninger i henhold til helsepersonelloven § 21 og andre opplysninger og vurderinger om helseforhold eller av betydning for helseforhold som kan knyttes til en enkeltperson.

Ved elektronisk behandling av personopplysninger i sosialtjenesten gjelder personopplysningsloven, i tillegg til bestemmelser i sosialtjenesteloven. Det samme gjelder ved annen (manuell) behandling av opplysningene, når opplysningene skal inngå i et personregister. Med "personopplysninger" menes "opplysninger og vurderinger som kan knyttes til en enkeltperson", jf. personopplysningsloven § 2 nr. 1. Opplysninger om en persons helseforhold er å anse for "sensitive personopplysninger", jf. samme bestemmelse nr. 8.

7.3.2 Problemstilling og bakgrunn for denne

Departementet foreslår i dette høringsnotatet at tjenester som i dag reguleres av sosialtjenesteloven skal inngå i en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det omfatter blant annet:

- Opplysning, råd og veiledning, jf. sosialtjenesteloven § 4-1
- Tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2, jf. § 4-3
- Individuell plan, jf. sosialtjenesteloven § 4-3a
- Tiltak for å lette særlig tyngende omsorgsoppgaver, jf. sosialtjenesteloven § 4-4

Departementet foreslår at tjenestene som den nye helse- og omsorgstjenesteloven skal omfatte, betegnes som helse- og omsorgstjenester.

Det er et spørsmål om den behandling av personopplysninger som skjer i tilknytning til at det ytes tjenester som i dag omfattes av sosialtjenesteloven, men som etter lovforslaget vil omfattes av ny kommunal helse- og omsorgslov, fortsatt skal reguleres av personopplysningsloven eller om helseregisterloven skal komme til anvendelse.

7.3.3 Departementets vurderinger og forslag

En viktig forskjell på helseregisterloven og personopplysningsloven er at helseregisterloven, i motsetning til personopplysningsloven, inneholder regler om taushetsplikt. Det vises til helseregisterloven § 15 som fastslår at enhver som behandler helseopplysninger etter helseregisterloven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e og helsepersonelloven. Helseregisterloven har også, til forskjell fra personopplysningsloven, en egen bestemmelse om forbud mot urettmessig tilegnelse av opplysninger, jf. helseregisterloven § 13 a.

En tredje forskjell er at helseregisterloven har særskilte bestemmelser om sammenstilling av helseopplysninger og om tilgang til helseopplysninger i den databehandlingsansvarliges og databehandlers institusjon, jf. helseregisterloven §§ 12 og 13.

Helseregisterloven § 12 første ledd første punktum fastslår at helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister kan sammenstilles med opplysninger om samme pasient i annet behandlingsrettet helseregister, i den grad helseopplysninger kan utleveres etter helsepersonelloven §§ 25, 26 og 45. Bestemmelsen gir rettsgrunnlag for at registrerte opptegnelser/vurderinger av en pasient eller brukers behov for helse- og omsorgstjenester, kan ses i sammenheng, noe som vil være en forutsetning for å kunne tilby helhetlige og integrerte helse - og omsorgstjenester.

Helseregisterloven inneholder også hjemmelsgrunnlag for etablering av lokale, regionale og sentrale helseregistre. I tilknytning til dette kan nevnes at landsomfattende register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS-registeret) har rettsgrunnlag i helseregisterloven § 8 andre ledd, jf. § 3 tredje ledd.

Helseregisterloven gir hjemmel til å sette nærmere krav til elektronisk signatur, kommunikasjon og langtidslagring, om godkjenning (autorisasjon) av programvare, om

bruk av standarder, klassifikasjonssystemer og kodeverk, samt hvilke nasjonale eller internasjonale standarder som skal følges.

Skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester foreslås ikke videreført i den nye helse- og omsorgstjenesteloven. En viktig målsetting men den nye loven er å tilby helhetlige og integrerte tjenester. En konsekvens av dette er at det blir meget vanskelig å skille mellom tjenester som tidligere har vært sosialtjenester og tjenester som tidligere har vært helsetjenester. Typisk for en helse- og omsorgstjeneste vil være at den innebærer ulike enkelthandlinger som sammen utgjør tjenesten. Dette kan for eksempel være handlinger som i dag dels kan være pleie og omsorg etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 og dels være praktisk bistand og opplæring etter sosialtjenesteloven § 4-2. Slik departementet ser det kan det ofte oppstå situasjoner der personell vil yte en helse- og omsorgstjeneste som etter dagens regelverk dels kan anses som en helsetjeneste og dels som en sosialtjeneste. På samme måte antar departementet at det kan oppstå situasjoner der for eksempel en miljøterapeut eller en aktivitør tilbyr en tjeneste som i dag anses som en sosialtjeneste, men som må integreres med en helsetjeneste for å gi et helhetlig tjenestetilbud til pasient eller bruker. Etter lovforslaget vil dette være en helse- og omsorgstjeneste.

Departementet mener at det i praksis vil være vanskelig å tilby en pasient eller bruker et samordnet, helhetlig helse- og omsorgstjenestetilbud dersom de ulike handlinger som tilbudet krever er underlagt forskjellige regler for behandling av opplysningene.

Departementet foreslår at helsepersonellovens regler om taushetsplikt skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp som omfattes av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. kapittel 8, punkt 8.3.1.6. Dette vil som nevnt også være en viktig konsekvens av å gjøre helseregisterloven gjeldende.

En viktig premiss for kommunenes organisering av sosiale tjenester ble fastlagt ved gjennomføring av NAV-reformen og vedtagelsen av lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. I Ot.prp. nr. 103 (2008–2009) Om lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen uttaler departementet på side 9 at:

> ”Et viktig hensyn ved vurderingen av grensesnittet mellom de forskjellige lover har vært at tjenester som ofte gis i kombinasjon, og som kommunene vanligvis forvalter i samme organisatoriske enhet, blir forankret i samme lov.”

Etter departementets vurdering kan ovenfor nevnte uttalelse i Ot.prp. nr. 103 (2008–2009) også anføres for å gjøre helseregisterloven gjeldende ved behandling av sensitive personopplysninger for ytelser etter sosialtjenesteloven. Det vises til at et viktig formål med ny helse- og omsorgslov er å tilby helhetlige og integrerte helse- og omsorgstjenester. Departementet kan vanskelig se for seg hvordan en kommune kan yte samordnende helse- og omsorgstjenester hvis regler for hvordan en skal behandle personopplysninger som er nødvendig for å kunne yte tjenestene er forskjellige. Departementet mener at helseregisterloven bør gjelde ved all behandling av helseopplysninger for helse-omsorgstjenesteformål. Hvis helseregisterloven ikke gjøres gjeldende ved slik behandling av helseopplysninger, vil det være fare for at helse- og omsorgstilbudet blir fragmentarisk, som følge av at man må ta hensyn til to forskjellige regelverk. Det vil være svært

ressurskrevende for kommuner å ha flere dokumentasjonsløsninger for en integrert helse- og omsorgstjeneste avhengig av om det er pedagog, sosionom eller helsepersonell som yter tjenesten. En pedagog eller sosionom vil i mange tilfeller bidra til tjenesten på grunnlav av egen fagkompetanse, og da passer det ikke å klassifisere dem som medhjelper for helsepersonell.

En hovedintensjon med denne nye loven er å sikre økt samarbeid mellom ulike personellgrupper, og sikre at tjenestetilbudet er tilgjengelig og tilpasset tjenestemottakernes behov. Ivaretakelse av pasient- og brukergruppers personvern og tilrettelegging av tjenestetilbudet med respekt for den enkeltes integritet og verdighet er viktige elementer i et forsvarlig helse- og omsorgstjenestetilbud. Informasjon til pasient og bruker om hva slags behandling av helseopplysningene som gjøres vil øke pasientens og brukerens kontroll med opplysningene, og er en vesentlig del av det å yte respekt. Enkelte pasient- og brukergrupper er svært sårbare for lekkasjer av personlige opplysninger. Det er avgjørende viktig at helse- og omsorgstjenesten inngir tillitt og at de ulike tilbydere av slike tjenester innehar holdninger som bidrar til dette. Dersom tilliten til tjenestens ivaretakelse av og respekt for fortrolige opplysninger svakkes, kan pasienter og brukere holde tilbake viktig informasjon av frykt for at opplysningene kan komme på avveie / uvedkommende i hende, og derigjennom føre til dårligere kvalitet på tjenestene.

Den databehandlingsansvarlige skal etter helseregisterloven § 13 sørge for at tilgang til helseopplysninger bare gis i den grad dette er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Dette innebærer at den databehandlingsansvarlige for opplysningene må organisere og tilrettelegge virksomheten på en slik måte at urettmessige tilegnelser av taushetsbelagte pasient- og brukeropplysninger, herunder "snoking" ikke skjer.

7.3.4 Administrative og økonomiske konsekvenser

Regelverket for behandling av helse- og personopplysninger vil legge føringer for hvordan tjenestetilbudet kan organiseres. Slik departementet ser det kan helseregisterloven § 13 innebære at enkelte kommuner må gjøre justeringer i hvordan de behandler helseopplysninger i tilknytning til ytelse av helse- og omsorgstjenester. Departementet er imidlertid usikre på hvor stort behovet for endringer vil være, og eventuelt hvilke krav dette vil sette til opplæring, holdningsskapende arbeid, innkjøp av ny teknologi etc. Departementet antar at en stor del av et ev. ressursbehov beror på overgangen fra en samhandling/samarbeid som i stor grad benytter seg av papir- og manuell kommunikasjon til bruk av elektroniske eller digital kommunikasjon.

Departementet har ikke foretatt en samlet utredning av hvilke administrative og økonomiske konsekvenser det innebærer å gjøre helseregisterloven gjeldende ved all tjenesteyting etter ny helse- og omsorgslov.

Konsekvensene av at helsepersonellovens regler om taushetsplikt gjøres gjeldende, herunder behovet for opplæring og kunnskap er vurdert i punkt 8.4, og konsekvenser av lovendringer som understøtter elektronisk kommunikasjon og samhandling omtales under punktene 32.3.5, 32.4.4 og 32.5.4. Departementet mener at det ikke vil påløpe ytterligere

merkostnader ved at helseregisterloven også skal gjelde ved den behandling av personopplysninger som skjer i tilknytning til at det ytes tjenester som i dag omfattes av sosialtjenesteloven, men som etter lovforslaget vil omfattes av ny kommunal helse- og omsorgslov

Slik departementet ser det vil konsekvensene av å gjøre helseregisterloven gjeldende ved behandling av tjenester etter ny helse- og omsorgstjenestelov i stor grad bero på hvordan den enkelte kommune organiserer dagens helse- og sosialtjenestetilbud samt ivaretar den enkelte pasients eller brukers konfidensialitet. Etter det departementet kjenner til har mange kommuner i landet allerede i dag journalsystemer som omfatter både ytelser etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Ca. 46 % av landets kommuner er i dag tilknyttet Norsk helsenett SF. Disse kommunene har avtalerettslig forpliktet seg til å følge *"Norm for informasjonssikkerhet",* som er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med representanter for sektoren. Norm for informasjonssikkerhet omfatter i tillegg til helsesektoren også omsorgs- og sosialsektoren.

Departementets forslag til endringer i helseregisterloven er inntatt i høringsnotat Del III. Det foreslås ikke endringer i begrepene helseopplysninger eller helseregister. Begrepet helseopplysninger er meget vidt definert og omfatter blant annet alle opplysninger som er taushetsbelagt etter helsepersonelloven § 21 flg. Det er derfor ikke behov for å gjøre endringer i disse definisjonene.

7.4 Pasientskadeloven

7.4.1 Gjeldende rett – særlige problemstillinger

Lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven) ble vedtatt i 2001 og trådte i kraft for den offentlige helsetjenesten fra 1. januar 2003 og for helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten fra 1. januar 2009.

Loven regulerer erstatning til pasienter og andre som har lidt tap på grunn av en pasientskade når skaden skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp. Formålet med loven er å gjøre det enklere for pasienter å oppnå erstatning enn etter alminnelig erstatningsrett. Loven bygger derfor på et såkalt objektivisert ansvarsgrunnlag. Dette innebærer at det ikke er nødvendig å bevise at noen kan bebreides for at skaden har inntrådt. Et særskilt organ, Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), skal avgjøre erstatningskravene i første instans og utbetale eventuell erstatning. Førsteinstansvedtakene kan påklages til Pasientskadenemnda.

Virkeområdet for pasientskadeloven er regulert i loven § 1. I første ledd er det stilt krav til skadested og skadevolder. Det er tilstrekkelig at ett av kravene er oppfylt, slik at skaden enten må være voldt:

a. i institusjon under spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
b. under ambulansetransport, eller
c. av helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens, personer som opptrer på vegne av disse eller andre personer som fastsatt i forskrift.

Krav til skadesituasjonen er regulert i pasientskadeloven § 1 annet ledd. Her framgår det at skader anses som pasientskader hvis de er voldt "under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev". Det er presisert i forarbeidene til loven (Ot. prp. nr. 31, 1998-99) at dette dreier seg om "behandlingssituasjoner i svært vid forstand."

Pasientskadeloven omfatter ikke hjemmebaserte tjenester, hvis ikke skaden er voldt av helsepersonell med autorisasjon eller lisenes, eller personer som opptrer på vegne av disse. Dette er presisert i forarbeidene til loven. Det er også presisert i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) at aldershjem holdes utenfor lovens virkeområde. Departementet har gitt følgende begrunnelse for dette synspunktet:

> "Aldershjem er institusjoner etter sosialtjenesteloven. Formålet med opphold på aldershjem er ikke å få behandling. I de tilfeller vanlige beboere på aldershjem eller beboere som egentlig skulle vært plassert på sykehjem mottar helsetjenester på aldershjemmet, vil det oftest være helsepersonell eller deres medhjelpere som yter tjenestene. Skader som oppstår i slike tilfeller omfattes da av loven, og etter departementets syn er dette tilstrekkelig. Tilsvarende synspunkter gjelder for HVPU-boliger og andre boformer som faller utenfor de tre helselovene."

7.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Som følge av lovforslaget om å slå sammen kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven i en felles tjenestelov, vil aldershjem og barneboliger være omfattet av den nye lovens bestemmelse om "heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon", jf. lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b). Dette nødvendiggjør avklaring i forhold til pasientskadelovens § 1 første ledd bokstav a) om skader som er voldt "i institusjon under (…) kommunehelsetjenesten". Departementet viser også til helsepersonelloven § 3 fjerde ledd som definerer "helseinstitusjon" til å være "institusjon som hører under (…) lov om kommunehelsetjenesten."

Etter departementets vurdering bør institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, fortsatt holdes utenfor virkeområdet til pasientskadeloven. Dette gjelder aldershjem og barneboliger som i dag er regulert i sosialtjenesteloven. Det samme vil gjelde andre institusjoner som ikke kan anses som helseinstitusjoner, jf. definisjonen av dette begrepet i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd.

Departementet viser i den forbindelse til at i den utstrekning beboere ved slike institusjoner mottar helsehjelp fra helsepersonell med autorisasjon eller lisens, eller personer som opptrer på vegne av disse, og i den forbindelse voldes skade i henhold til pasientskadeloven, så vil denne type skader være omfattet av lovens ordning, jf. pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c). Det er denne type handlinger som i størst grad vil utsette den enkelte person for risiko for pasientskade. Den enkelte vil dermed i all hovedsak være sikret en like god erstatningsrettslig stilling som pasienter som mottar helsehjelp i mer klassiske helseinstitusjoner.

Departementet foreslår derfor at virkeområdet for pasientskadeloven fortsatt bør være avgrenset slik det er i dag, og foreslår lovendring av pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a) for å presisere dette.

7.4.3 Administrative og økonomiske konsekvenser

Presisering av pasientskadelovens virkeområde innebærer videreføring av gjeldende rett og vil ikke ha administrative eller økonomiske konsekvenser.

7.5 Pasientrettighetsloven

Som allerede nevnt i kapittel 1 foreslås det å regulere den enkelte pasient eller brukers rettigheter i pasientrettighetsloven. Særlig i høringsnotatets kapittel 9 (forholdet til forvaltningsloven), kapittel 20 og kapittel 21 (rett til kommunale helse- og omsorgstjenester) og kapittel 26 (klageordning), er det redegjort for disse endringsforslagene. Det vises til omtalen der.

7.6 Lov 18. desember 2009 nr. 13 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

7.6.1 Gjeldende rett

Etableringen av felles lokale kontorer tillagt både statlige og kommunale tjenester, har skapt behov for lovgivning som i større grad støtter opp under en samordning og koordinering av NAV-kontorets samlede tilbud. NAV-kontoret som en enhet underbygger det felles ansvar stat og kommune har for kontorets tjenester og for kontorets resultater, samt plikten til å samarbeide til beste for brukerne. De kommunale tjenester som inngår i NAV-kontoret etter arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 13 er nå forankret i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette er tjenester som tradisjonelt har vært forvaltet av sosialkontorene i kommunene.

7.6.2 Departementets vurderinger og forslag

Et viktig hensyn ved vurderingen av grensesnittet mellom de forskjellige lover har vært at tjenester som ofte gis i kombinasjon, og som kommunene vanligvis forvalter i samme organisatoriske enhet, blir forankret i samme lov. Selv om det er et skille mellom tjenester av hovedsakelig økonomisk/arbeidsrettet karakter og helse- og omsorgstjenester, ivaretas behovet for samarbeid med helse- og omsorgstjenesten både på kommunalt og statlig nivå. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen inneholder bestemmelser om samarbeid i enkeltsaker og på systemnivå. I enkeltsaker vil bestemmelser om blant annet kvalifiseringsprogram og individuell plan forutsette utstrakt samarbeid med andre etater

På systemnivå er det særlig sosialtjenesteloven § 3-2 om samarbeid med andre deler av forvaltningen som anses relevant. Denne bestemmelsen motsvarer § 13 i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Etter departementets vurdering vil sosialtjenestelovens § 3-2 være ivaretatt gjennom lovforslagets § 3-1 tredje ledd som pålegger kommunen en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike

deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, samt bestemmelsens femte ledd som fastslår at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helse- og omsorgstjenesten best mulig kan virke som en enhet.

7.6.3 Administrative og økonomiske konsekvenser

Videreføringen av sosialtjenesteloven § 3-2 i form av lovforslagets § 3-1 innebærer videreføring av gjeldende rett og vil ikke ha administrative eller økonomiske konsekvenser.

7.7 Barnevernloven

7.7.1 Gjeldende rett

Sosialtjenesteloven § 8-8a om opplysningsplikt til barneverntjenesten, pålegger personell som arbeider innenfor rammen av sosialtjenesteloven i sitt arbeid å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt skal personellet av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten, når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester §§ 4-10, 4-11 og 4-12, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jf. samme lov § 4-24. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, plikter personellet å gi slike opplysninger.

Barnevernloven har henvisninger til sosialtjenesteloven i §§ 2-4 og 6-7.

7.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Som det fremgår av punkt 7.2.3 foreslår departementet at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1, jf. nærmere omtale i høringsnotatet kapittel 8. Helsepersonelloven § 33 setter samme krav til aktsomhet og samarbeid med barneverntjenesten som sosialtjenesteloven.

7.8 Diskrimineringslovgivningen

7.8.1 Gjeldende rett

Diskrimineringslovgivningen består av *likestillingsloven*, som forbyr diskriminering på grunn av kjønn, *diskrimineringsloven*, som forbyr diskriminering på grunn av etnisitet og religion mv. (spesifisert som etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion eller livssyn) *diskriminerings- og tilgjengelighetsloven* som forbyr diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne, samt bestemmelser i *sektorlovgivningen*.

Formålet med diskrimineringslovgivningen er å fremme likestilling og hindre diskriminering. Likestillingsloven gjelder på alle samfunnsområder. Diskrimineringsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven gjelder tilsvarende, med unntak av familieliv

og andre forhold av personlig karakter. Lovenes bestemmelser gjelder derfor for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Lovene forbyr direkte og indirekte diskriminering på grunn av kjønn, etnisitet og religion mv. og nedsatt funksjonsevne. Den nærmere utformingen av forbudsbestemmelsen varierer noe fra lov til lov. Direkte diskriminering dreier seg om handlinger som, på en direkte måte, forskjellsbehandler ut i fra kjønn, etnisitet og religion mv. eller nedsatt funksjonsevne. Indirekte diskriminering omfatter handlinger og unnlatelser som tilsynelatende er nøytrale, men som rent faktisk virker slik at en person stilles dårligere på grunn av ovennevnte forhold. Forbudet mot indirekte diskriminering vil implisitt medføre en plikt til å identifisere ulikheter og ta individuelle hensyn ved handlinger og unnlatelser, for å forhindre at enkelte stilles dårligere på grunn av kjønn, etnisitet eller nedsatt funksjonsevne. Forbudet mot direkte og indirekte diskriminering avgrenses av et unntak for saklig forskjellsbehandling.

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven har regler om plikt til generell og individuell tilrettelegging. Etter lovens § 12 har kommunene en plikt til å foreta rimelig individuell tilrettelegging av tjenestetilbud etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven når tilbudet er av varig karakter for den enkelte. Denne plikten skal sikre at personer med nedsatt funksjonsevne får et likeverdig tilbud. Denne bestemmelsen medfører ingen innskrenkninger i kommunenes kompetanse til å bestemme hvilke tjenester som skal ytes, men innebærer at slike tjenester skal legges individuelt til rette når de ytes.

Etter likestillingsloven, diskrimineringsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven har offentlige myndigheter en plikt til å arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme lovenes formål. Denne aktivitetsplikten innebærer en plikt til å sørge for at hensynet til likestilling integreres i all offentlig virksomhet, og at regelverk og forvaltningsvedtak er i samsvar med formålet i likestillingsloven, diskrimineringsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Offentlige myndigheter har en plikt til å utrede hvilke konsekvenser aktuelle planer og tiltak kan få for de grupper som er beskyttet av likestillings- og diskrimineringslovgivningen, samt en plikt til å gjennomføre konkrete tiltak i forhold til likestilling og ikke-diskriminering. For at likestillingsarbeidet skal ha den ønskede effekten, må det forankres både hos ledelsen og hos alle ansatte, i plandokumenter, serviceerklæringer og budsjetter.

7.8.2 Departementets vurderinger og forslag

Diskrimineringslovgivningen er ett av de sektoroverskridende regelverkene som kommunene må se hen til i sin virksomhet etter ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Selv om lovene ikke gir rettigheter eller plikter ut over det som følger av forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, legger diskrimineringslovgivningen visse føringer for hvilke hensyn kommunene skal ivareta i sin virksomhet innen helse og omsorgssektoren. Kommunene skal påse at dette perspektivet er ivaretatt både i planlegging av tjenestene, i saksbehandlingen og i utformingen av tjenestene for den enkelte.

7.9 Lov om kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Etter lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m., skal alle kommuner og fylkeskommuner ha et råd eller annen representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Målet med loven er å sikre god brukermedvirkning i arbeidet med saker som er særlig viktige for mennesker med nedsatt funksjonsevne blant annet kommunale helse- og omsorgstjenester. I disse sakene vil kommunene ha plikt til å involvere rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i arbeidet med strategier, planer og prioriteringer på området.

7.10 Tannhelsetjenesteloven

Lov om tannhelsetjenesten regulerer fylkeskommunens ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Loven gir enkelte grupper av befolkningen rett til et regelmessig og oppsøkende tilbud, rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg.

Rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er blant annet knyttet til kommunenes og helseforetakenes institusjonsbaserte eller hjemmebaserte organisering av kommunale tjenester eller spesialisttjenester. Siden tannhelsetjenesteloven ble utarbeidet i 1983 har tjenestetilbudet endret karakter. Behandling som tidligere ble gitt mens pasienter var innlagt på psykiatrisk og somatiske institusjoner, gis nå i stort omfang i form av polikliniske tjenester og ytelser i hjemmet. Det er behov for å gjennomgå i hvilken grad vilkårene i dagens lov er i samsvar med lovens formål, og departementet har påbegynt et arbeid med å revidere tannhelsetjenesteloven.

7.11 Forholdet til forslag til ny lov om folkehelsearbeid

Som nevnt innledningsvis legges det i høringen fram to lovforslag som sammen tar sikte på å gi en ny lovgivning for kommunenes helse- og omsorgstjenester og kommunenes folkehelsearbeid.

Forslaget til formålsbestemmelsen i kommunal helse- og omsorgslov er det redegjort for i høringsnotatets punkt 6.3. Virkeområdet for den nye loven er redegjort for i høringsnotatets punkt 6.4.

Forslaget til ny folkehelselov har følgende formålsbestemmelse:

> ”Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.
>
> Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet. Loven skal legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid.”

Forslaget til ny folkehelselov retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter, i tillegg til virksomheter og eiendommer (miljørettet helsevern). Mens

den kommunale helse- og omsorgsloven gir bestemmelser om helse- og omsorgstjenestene i kommunene, retter folkehelseloven seg mot kommunen som sådan, og tiltakene som kan følge av loven vil kunne iverksettes i mange ulike sektorer, for eksempel i skoler og barnehager, samferdselssektor og i helsetjenestene.

I de fleste tilfeller vil de to lovene regulere forhold som klart faller under den ene eller den andre loven. Begge lovene regulerer imidlertid å fremme helse og forebygge helseskader.

Helse- og omsorgsloven regulerer helsetjenestene som kommunene skal sørge for å tilby befolkningen. De forebyggende og helsefremmende tiltakene etter helse- og omsorgsloven er nærmere omtalt i kapittel 14. Blant annet dreier dette seg om tiltak rettet mot identifiserte risikogrupper og individer, samt definerte helsetjenester i loven som helsestasjons- og skolehelsetjenester. Forslaget til ny folkehelselov har et generelt gruppe- og befolkningsperspektiv og kan rette seg mot alle typer påvirkningsfaktorer. I tillegg til helse- og omsorgssektorens innsats, ligger påvirkningsfaktorer i mange ulike samfunnssektorer. Det er imidlertid ikke noe mål å fastsette noen vanntette skott mellom disse to lovene. Lovverkene bør derimot kunne være til dels overlappende i forhold til visse tiltak for å sikre at helseutfordringene møtes i nødvendig grad i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Et tiltak kan gjerne falle inn under begge lovene, dvs. at tiltaket har to formål; både et folkehelseformål og et formål om å tilby helsefremmede og forebyggende helsetjenester til de aktuelle pasientene. Det sentrale er at kommunen sørger for tilstrekkelige helsefremmende og forebyggende tiltak.

I forhold til ny folkehelselov vil helsetjenesten med andre ord i utgangspunktet være å anse som en samfunnssektor blant flere som sitter med virkemidler på folkehelseområdet. Helsetjenesten har imidlertid en viktig plass i folkehelsearbeidet, blant annet gjennom sin helsefaglige kompetanse. Videre vil tiltak i helse- og omsorgssektoren rettet mot befolkningen og grupper av befolkningen være så sentrale for å forebygge helseulempe og fremme god helse, at helse- og omsorgstjenestens ansvar for å bidra i folkehelsearbeidet bør presiseres nærmere i regelverket. Departementet viser videre til bestemmelsene om forebyggende arbeid i forslaget til ny helse- og omsorgslov, jf. lovforslagets §§ 3-2 og 3-3.

Forholdet mellom de to lovene er nærmere omtalt i høringsnotatet til lov om folkehelsearbeid, kapittel 10.

7.12 Forholdet til internasjonale menneskerettigheter

7.12.1 Oversikt

FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter gjelder som norsk lov, jf. menneskerettsloven. Artikkel 12 forplikter konvensjonsstatene til å treffe tiltak for å virkeliggjøre retten for enhver til den høyest oppnåelige levestandard både fysisk og psykisk. Tiltakene skal minske foster- og spedbarndødeligheten og fremme barnets sunne utvikling, forbedre alle sider ved hygienen i miljø og industri, forebygge, behandle og

kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer samt skape vilkår som trygger all legebehandling og pleie under sykdom.

FNs barnekonvensjon er inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettsloven. Konvensjonen artikkel 24 har bestemmelser om at barn skal nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Landene skal særlig redusere spedbarns- og barnedødelighet, sikre at det ytes nødvendig legehjelp og helseomsorg til alle barn, bekjempe sykdom og feilernæring, sikre egnet helseomsorg for mødre før og etter fødselen, utvikle forebyggende helseomsorg, foreldreveiledning, og undervisning og tjenester innen familieplanlegging.

Europarådets konvensjon av 4. november 1950 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter, også kalt "Den europeiske menneskerettskonvensjon" (EMK), står sentralt i det internasjonale vern av menneskerettighetene. Konvensjonen ble gjort til norsk lov ved menneskerettsloven av 21. mai 1999 nr. 30 § 2 nr. 1. I EMK artikkel 3 er det fastslått at ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff. Det følger videre av EMK artikkel 8 (1) at enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse.

7.12.2 Departementets vurdering

Etter departementets vurdering er de relevante menneskerettighetene tilfredsstillende ivaretatt i gjeldende kommunehelsetjenestelov, sosialtjenestelov og pasientrettighetslov. Det foreslås ikke nye lovendringer i høringsnotatet her som svekker ivaretakelsen av de hensyn som ligger bak konvensjonenes bestemmelser. Pasientenes rettigheter og kommunens plikter videreføres. Dette gjelder også kommunenes særlige ansvar overfor mødre og barn, hvor blant annet svangerskaps- og barselomsorgstjenester, helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste utrykkelig er foreslått videreført i ny helse- og omsorgslov.

Kommunenes rolle i folkehelsearbeidet tydeliggjøres i ny lov og økt fokus på forebyggingsperspektivet er grunnleggende for samhandlingsreformen. Hovedformålet med lovendringene er å legge til rette for en mer samordnet og helhetlig behandlingskjede, til pasientenes beste. I lys av dette bidrar lovforslagene og nye samarbeidsformer til å forbedre befolkningens helse og levestandard, i tråd med våre internasjonale forpliktelser.

Helsepersonellovens bestemmelser om blant annet taushetsplikt og journalføring videreføres for helsepersonell. Det foreslås at helsepersonelloven også skal gjelde for personell som i dag yter tjenester etter lov om sosiale tjenester. Dette vil i enda større grad enn i dag sikre vernet av privatliv. Reglene for bruk av tvang overfor psykisk utviklingshemmede og rusmiddelmisbrukere i sosialtjenesteloven videreføres i ny lov, og innebærer derfor at tvang kun kan benyttes når det er helt nødvendig.

8 Nærmere om forholdet til helsepersonelloven

8.1 Innledning

Som det fremgår av punkt 7.2.3 foreslår departementet at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1. Endringen i forhold til dagens regelverk består i at også personell som yter annen hjelp etter loven enn det som etter helsepersonelloven § 3 er å anse for helsehjelp, vil reguleres av helsepersonellovens bestemmelser.

Som nevnt vil endringen medføre at personell som arbeider innenfor de samme og tilstøtende felt vil få like plikter. For personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven, vil endringen medføre en utvidelse og klargjøring av plikter i forhold til den enkelte tjenestemottaker og tjenesteutøvelsen.

Forslaget til endring vil som tidligere påpekt bare omfatte en begrenset del av det personell som i dag er ansatt i sosialtjenesten. Endringen vil kun gjelde det personell som yter tjenester etter lovforslaget her, og ikke personell som faller inn under lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

I det videre skal det i punkt 8.2 redegjøres nærmere for helsepersonellovens bestemmelser om regulering av yrkesutøvelsen og i punkt 8.3 redegjøres for bestemmelser knyttet til taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. Som det vil fremgå vil enkelte av helsepersonellovens bestemmelser ikke være relevante for de nye personellgrupper som etter forslaget skal underlegges helsepersonelloven. Departementet har imidlertid valgt å gjøre en forholdsvis detaljert og fullstendig gjennomgang av helsepersonellovens bestemmelser, idet denne loven vil kunne være ny for deler av det "sosialpersonellet" som nå blir underlagt loven.

I punkt 8.4 vil det bli redegjort for administrative og økonomiske konsekvenser av å la helsepersonellovens bestemmelser få anvendelse for alt personell etter den nye loven.

8.2 Regulering av yrkesutøvelsen

8.2.1 Krav til personellets yrkesutøvelse – helsepersonelloven kapittel 2

Lovforslaget innebærer at reglene i helsepersonelloven kapittel 2 også vil gjelde for annet personell som yter tjenester/hjelp etter lovforslaget. Kapitlet regulerer helsepersonells yrkesutøvelse og gir blant annet regler om forsvarlighet, øyeblikkelig hjelp og informasjon til pasienter. Kommunens personell vil ha et selvstendig ansvar for å ivareta pliktene i forbindelse med yrkesutøvelsen. Personellet kan ilegges et særskilt rettslig ansvar for tilsidesettelse av plikter knyttet til yrkesutøvelsen, for eksempel advarsel, uavhengig av arbeidsgivers ansvar. Departementet viser imidlertid også til at kommunen etter helsepersonelloven § 16 har plikt til å organisere sin virksomhet slik at personellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. nedenfor.

En del av bestemmelsene vil ikke berøre det personellet som etter den foreslåtte endringen vil omfattes av loven fordi bestemmelsene gjelder for personell med særskilte

kvalifikasjoner (leger, tannleger, sykepleier og/eller bioingeniør), jf. § 4 tredje ledd, § 11 og § 12.

Helsepersonelloven § 5 stiller krav til helsepersonells bruk av medhjelpere. Reglene vil i utgangspunktet gjelde for alt personell som yter tjenester etter lovforslaget. Kravene er imidlertid først og fremst myntet på personell som utfører oppgaver med tilknyttet risiko.

Plikt til hensiktsmessig ressursbruk for helsepersonell er gitt i helsepersonelloven § 6. Plikten gjelder ved organisering av virksomheten i tillegg til ved gjennomføringen av helsehjelpen og vil etter forslaget gjelde alt personell som yter tjenester etter lovforslaget, også tjenester som ikke defineres som helsehjelp.

Helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp gjelder i dag alt helsepersonell. I forarbeidene (Ot.prp. nr. 13 (1998-99)) er det om bestemmelsen blant annet uttalt på side 219:

> "I formuleringen "den hjelp de evner" ligger det en differensiering av hva som kan forventes av det enkelte helsepersonell. For noen grupper, for eksempel fotterapeuter, vil ikke plikten gå lenger enn det som følger av den alminnelige hjelpeplikten i straffelovens § 387, som også inneholder en slik modifikasjon. Hva den enkelte plikter å gjøre, vil imidlertid variere etter hva som kan forventes på bakgrunn av den enkeltes kvalifikasjoner, "den hjelp de evner"; som tar sikte på en objektiv vurdering med visse subjektive elementer."

Helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp vil gjelde for alt personell etter lovforslaget med den differensiering som er omtalt ovenfor.

Helsepersonelloven § 8 og § 9 gir regler om pliktmessig avhold og forbud mot gaver m.v. i tjenesten. Forslaget om å gi reglene anvendelse for alt personell som yter tjenester etter lovforslaget vil tydeliggjøre plikter som allerede i dag følger av arbeidslivslovgivningen og interne retningslinjer/instrukser.

Helsepersonells plikt til å gi informasjon til pasienten er regulert i helsepersonellovens § 10. Plikten vil etter forslaget gjelde alt personell som yter tjenester etter lovforslaget. Forslaget korresponderer med forslaget til endring av pasientrettighetsloven § 3-2 om pasientens rett til informasjon og endringer av pasientrettighetsloven til å gjelde alle tjenestemottakere etter lovforslaget, jf. forslag til lovendringer inntatt i punkt 21.5.2.

I helsepersonelloven § 13 er det gitt regler om markedsføring av helsetjenester og virksomhet som yter helsehjelp. Reglene supplerer markedsføringslovens system. Det er stilt krav om at markedsføringen skal være forsvarlig, nøktern og saklig. Når det gjelder omsorgstjenestene, herunder de sosiale tjenester, har det vært en utvikling i tilbudet fra private aktører de senere årene. Brukerstyrte ordninger og foretak representerer nye eier- og driftsformer som i økende grad er i ferd med å bli etablert i omsorgssektoren. Forslaget i § 2-1 gjelder i utgangspunktet personell som yter tjenester etter lovforslaget. I utkastet til § 1-2 om lovens virkeområde er det imidlertid foreslått at lovforslaget også skal gjelde for privat virksomhet som drives etter avtale med kommunen. De fleste private aktører som i dag tilbyr sosiale tjenester vil derfor omfattes av lovforslaget. I tillegg er det foreslått en adgang til å gi forskrifter om at loven også skal gjelde for privat virksomhet som drives uten avtale med kommunen. Slik forskrift kan være nødvendig for å kunne føre tilsyn med

blant annet private rusinstitusjoner som ikke nødvendigvis har avtale med kommunen, men som tar inn pasienter direkte uten at disse går veien om kommunens tildeling av plass.

Bestemmelsen i helsepersonelloven § 14 gir departementet hjemmel for beordring av helsepersonell til vaktordning. Videre er det gitt hjemmel til å gi forskrifter om gjennomføringen av dette. Hjemmel for beordring kan følge av arbeidsavtale (arbeidsgivers styringsrett) eller lov. Det er i dag ingen generell lovhjemmel for å beordre sosialpersonell til tjeneste, unntatt i smittevern- eller beredskapstilfeller, jf. lov om helsemessig- og sosial beredskap. Utover disse situasjonene antar imidlertid departementet at det neppe vil være behov for å ta i bruk den beordringsadgang som vil følge av helsepersonelloven § 14. En eventuell adgang til beordring må også sees i sammenheng med § 7 og plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.

Krav til attester, erklæringer og lignende er gitt i helsepersonelloven § 15. Her fremgår det blant annet krav om at attesten skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendig for formålet. Personell som yter sosial tjenester utsteder sjeldent attester i tradisjonell/helsefaglig forstand. Personellet vil imidlertid i mange tilfeller bidra i rehabiliteringsprosesser m.m. der deres erklæringer og lignende vil bli brukt som grunnlag for avgjørelser. Etter forslaget vil slike erklæringer omfattes av helsepersonelloven § 15. Med hjemmel i bestemmelsens fjerde ledd er det fastsatt forskrift 18. desember 2008 nr. 1486 med nærmere bestemmelser om utforming av og innhold i helsepersonells attester, erklæringer o.l.

8.2.2 Særlig om krav til forsvarlighet – helsepersonelloven § 4

Det fremgår av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal utføre sitt arbeide i samsvar med krav til *faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp* som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Bestemmelsen regulerer også plikt til samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell der dette er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp. Kravet til forsvarlighet vil etter forslaget gjelde alt personell som yter tjenester etter lovforslaget.

Som nevnt ovenfor under punkt 7.2.2.3 la Helsedirektoratet i juni 2007 frem utredningen *"Krav til faglig forsvarlighet for sosialpersonell m.v."*. Utredningen konkluderte med at dagens lovgivning er mangelfull, og at det er behov for at kravene til forsvarlighet for sosialpersonell gjøres lettere tilgjengelig og forankres tydeligere i lovverket. Videre konkluderte utredningen med at helsepersonellovens krav til forsvarlighet og krav til yrkesutøvelsen i det vesentlige kan gjelde tilsvarende for personell som yter sosiale tjenester.

Forsvarlighetskravet vil påhvile alle som yter hjelp etter lovforslaget, uavhengig av profesjons- eller tjenestetilknytning. Arbeidsgivere og virksomhetsledelser innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil ha et overordnet ansvar for å etablere og organisere et forsvarlig tjenestetilbud.

Forsvarlighetskravet er en rettslig standard. Det konkrete innholdet i forsvarlighetskravet kan bare fastsettes i det enkelte tilfellet vurdert på bakgrunn av de foreliggende omstendigheter, for eksempel gjennom tilsynsmyndighetenes virksomhet eller domstolsavgjørelser. Forsvarlighetskravet er knyttet til hva som kan forventes på bakgrunn av det enkelte personells kvalifikasjoner. Kravet innbefatter en plikt til faglig ajourhold. Innholdet i normen vil være avhengig av den enkeltes faglige tilhørighet, kvalifikasjoner, variasjoner i personlig erfaring og kompetanse. Blant hovedelementene i kravet er at kommunens personell ikke skal gå inn i situasjoner de ikke er kvalifisert til å håndtere, jf. bestemmelsens andre ledd, første punktum. Personellet må med andre ord respektere begrensninger i egen kompetanse. Av bestemmelsen fremgår uttrykkelig at helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig.

Forsvarlighetskravet er en minstestandard. Det er ikke et krav om at man skal gjøre alt som er mulig for tjenestemottakeren, for eksempel ved å ta alle tilgjengelige ressurser i bruk. Forsvarlighetskravet omfatter personellets atferd i tjenesten i sin alminnelighet. Det er derfor ikke bare en teknisk-faglig standard, men også en etisk standard. Personellet plikter blant annet å oppføre seg hensynsfullt og ordentlig overfor tjenestemottakerne.

Det følger av forsvarlighetskravet at personellet har en plikt til å innhente nødvendig informasjon om tjenestemottakeren før helsehjelp og annen hjelp etter lovforslaget gis. Det må innhentes tilstrekkelig informasjon til at beslutning om og gjennomføring av hjelp etter loven kan gjøres forsvarlig. All hjelp etter loven forutsetter i utgangspunktet samtykke, se pasientrettighetsloven kapittel 4.

Kravet til forsvarlighet skjerpes ved forsøksvirksomhet og bruk av utradisjonelle metoder.

Det er grunn til å understreke at kommunen etter helsepersonelloven § 16 har plikt til å organisere sin virksomhet slik at personellet blir i stand til å overholde kravet til faglig forsvarlighet, jf. nedenfor.

8.2.3 Krav til organisering av virksomhet – helsepersonelloven kapittel 3

Etter helsepersonelloven § 16 skal virksomhet som yter helsehjelp organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde plikter de er pålagt i lov. Bestemmelsen skiller seg fra helsepersonellovens øvrige bestemmelser ved at den er av organisatorisk art. Plikten korresponderer med tilsvarende plikt i lovforslaget § 4-1 om at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Etter helsepersonelloven § 16 skal personellet, uavhengig av arbeidssted og organisasjonsform, først og fremst ta faglige hensyn når det yter tjenester etter loven. Kravet til organisering av virksomhet vil etter lovforslaget gjelde for all tjenesteyting etter loven. I spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 er tilsvarende prinsipp lovfestet for spesialisthelsetjenesten.

Etter annet ledd i helsepersonelloven § 16 kan departementet fastsette nærmere bestemmelser organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll. Internkontroll er omtalt nærmere i høringsnotatets kapittel 10 og 19.

8.2.4 Meldeplikt – helsepersonelloven kapittel 7

Reglene gjelder helsepersonell med særskilte kvalifikasjoner (lege, jordmor og helsepersonell med autorisasjon eller lisens). Reglene vil derfor ikke få anvendelse på det personell som etter endringen vil omfattes av loven ettersom de ikke tilhører de autoriserte gruppene.

8.2.5 Dokumentasjonsplikt – helsepersonelloven kapittel 8

Forholdet til helseregisterloven er omtalt i punkt 7.3.

Regler om helsepersonells dokumentasjonsplikt, dvs. helsepersonellets plikt til å nedtegne og dokumentere sin virksomhet, er gitt i helsepersonelloven kapittel 8. Utdypende bestemmelser er gitt i forskrift om pasientjournal. Pasientjournalen er et arbeidsverktøy for helsepersonell i tilknytning til helsehjelpen som gis pasienten. Journalen skal tjene flere formål, blant annet gi en oversikt over hvilke tiltak som er satt i verk og hvilke observasjoner og vurderinger som er gjort og tjene som kommunikasjon mellom helsepersonell. Journalen skal også tjene som bevis/tidsnært kildemateriale i pasientskadesaker eller tilsynssaker.

Bestemmelsene i helsepersonelloven retter seg mot helsepersonell og virksomheter (herunder kommuner) som yter helsehjelp. Som nevnt følger det av helsepersonelloven § 16 at virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, herunder dokumentasjonsplikten. Alle virksomheter som yter helsehjelp har også en selvstendig plikt til å opprette journalsystem etter pasientjournalforskriften § 4.

Departementets forslag om at helsepersonelloven skal gjøres gjeldende for personell etter ny helse- og omsorgstjenestelov medfører at helsepersonellovens regler om dokumentasjonsplikt vil gjelde tilsvarende for personell som yter tjenester etter lovforslaget og som ikke faller inn under definisjonen av helsepersonell. Dette vil for eksempel gjelde sosialpersonell som yter hjemmehjelp. Videre medfører forslaget at alle virksomheter som yter tjenester etter lovforslaget (dvs. kommunene og private etter avtale med kommune) vil ha samme plikter som virksomheter som yter helsehjelp har etter helsepersonelloven i dag. Plikter som er lagt til helseinstitusjoner vil etter forslaget omfatte alle institusjoner etter lovforslaget, med unntak for barneboliger og aldershjem.

Ansvaret for å nedtegne opplysninger knyttet til tjenesteytingen er knyttet til personell som yter hjelp/tjenester etter lovforslaget. Vedkommende vil ha plikt til å nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte tjenestemottaker, jf. helsepersonelloven § 39 første ledd første punktum. Plikten vil gjelde personell som yter selvstendig hjelp. Plikten til å føre journal gjelder ikke samarbeidende personell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet personell, jf. bestemmelsens første ledd andre punktum, med mindre de rent faktisk er alene om å gi den aktuelle hjelpen eller for øvrig har en selvstendig rolle. Dette betyr at underordnet eller støttende personell ikke vil ha noen selvstendig journalføringsplikt. Når det gjelder hjelp/tjenester etter lovforslaget som ikke er helsehjelp i henhold til definisjonen i helsepersonelloven § 3, for eksempel

enkelte typer omsorgstjenester og sosial rehabilitering til utviklingshemmede, er dette hjelp/tjenester hvor personellet ofte vil ha en selvstendig rolle og i stor grad er alene om å gi hjelpen. Personellet vil i disse tilfelle få plikt til å føre journal etter helsepersonelloven § 39 første ledd første punktum.

Av helsepersonelloven § 39 andre ledd følger at det i helseinstitusjoner skal utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal. Definisjonen av helseinstitusjon følger av helsepersonelloven § 3 fjerde ledd hvor det fremgår at det med "helseinstitusjon" menes "institusjon som hører under lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten." Som følge av at kommunehelsetjenesteloven foreslås opphevet, foreslår departementet en teknisk endring av bestemmelsen for å vise til den nye loven fremfor kommunehelsetjenesteloven. I den forbindelse foreslår departementet også å endre bestemmelsen slik at begrepet "helseinstitusjon" avgrenses mot aldershjem og barnebolig. Etter departementets vurdering bør institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, ikke være å anse for helseinstitusjoner i henhold til helsepersonelloven. I den utstrekning beboere ved slike institusjoner mottar helsehjelp fra helsepersonell med autorisasjon eller lisens, eller personer som opptrer på vegne av disse, vil helsepersonelloven komme til anvendelse for personellet, herunder journalføringsplikt i henhold til helsepersonelloven § 39 første ledd. Som følge av den foreslåtte avgrensningen i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd vil helsepersonelloven § 39 andre ledd ikke komme til anvendelse overfor aldershjem og barneboliger. Det vil her med andre ord ikke være en plikt til å utpeke en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkeltes journal.

For ordens skyld viser departementet også til høringsnotatets punkt 7.4.2 hvor det foreslås at virkeområdet for pasientskadeloven fortsatt bør være avgrenset slik det er i dag, og hvor det derfor foreslår lovendring av pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a) for å avgrense loven mot aldershjem og barneboliger.

I helsepersonelloven § 40 er det oppstilt krav til journalens innhold. Etter bestemmelsen skal alt personell som yter hjelp/tjenester føre relevante og nødvendige opplysninger om tjenestemottakeren og den hjelpen som gis i journal, i samsvar med god yrkesskikk. Utdypende bestemmelser er gitt i pasientjournalforskriften som vil få tilsvarende anvendelse for alt personell som yter tjenester etter lovforslaget. Kravet i helsepersonelloven § 40 om å journalføre relevante og nødvendige opplysninger, og de utdypende bestemmelsene i journalføringsforskriften, begrenser etter departementets vurdering journalføringsplikten til det hensiktsmessige og formålstjenlige. Regelforslaget vil slik sett ikke medfører en økt og uhensiktsmessig byråkratisering av tjenesteytingen. Det vil være behov for å vurdere om krav til journalens innhold for pleie- og omsorgtjenester skal konkretiseres, jf. veileder IS-1040 Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester.

Journalføringsplikten er begrenset til personell som yter hjelp etter lovforslaget, det vil si hjelp i tilknytning til de tjenester og oppgaver som fremgår av lovforslaget § 3-2. Ut over dette er det etter departementets vurdering ikke ønskelig eller behov for å gjøre unntak i journalføringsplikten for enkelte av kommunens personellgrupper. Som nevnt i punkt

7.2.3 legger imidlertid departementet til grunn at helsepersonelloven ikke skal komme til anvendelse overfor personer som mottar omsorgslønn i henhold til lovforslagets § 3-7.

Når det gjelder spørsmålet om mottagere av omsorgslønn likevel burde vært underlagt en journalføringsplikt, vil departementet påpeke at de formålene som en pasientjournal skal tjene, ikke gjøre seg gjeldende for mottagere av omsorgslønn. Omsorgslønn etter lovforslagets § 3-7 er en økonomisk kompensasjon til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Som oftest er det pårørende som mottar omsorgslønn og det vil sjeldent foreligge behov for å dokumentere denne type hjelp, sammenlignet med tradisjonelle helse- og omsorgstjenester som ytes av helsepersonell eller annet personell ansatt i kommunen. Departementet foreslår derfor ingen særskilt journalføringsplikt for personer som mottar omsorgslønn.

Departementet har videre vurdert om det er behov for å begrense journalføringsplikten i forhold til personell som yter personlig assistanse etter lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c). De ulike tjenestene som kan inngå i begrepet "personlig assistanse", jf. nærmere om dette i høringsnotatets punkt 11.6.15, vil imidlertid ofte gli over i hverandre. For eksempel vil vask av gulv og matlaging i forhold til mange grupper også inneholde elementer av opplæring/bistand til å mestre dette selv. En begrensning av journalføringsplikten i forhold til enkelte tjenester etter lovforslaget vil derfor være vanskelig å praktisere. Departementet har på denne bakgrunn kommet til at personellets journalføringsplikt bør gjelde all tjenesteyting/hjelp etter lovforslaget. Helsepersonellovens formål og krav til journalens innhold vil imidlertid avgrense hvilke opplysninger som skal journalføres. Departementet viser i den forbindelse til den begrensning som følger av lov og forskrift om at det kun er opplysninger som er "relevante og nødvendige" som skal journalføres.

Reglene i helsepersonelloven § 41 om plikt til å gi pasienter innsyn i journal, § 42 om retting av journal, § 43 om sletting av journalopplysninger og § 44 om journal på feil person, korresponderer med pasientrettighetslovens kapittel 5 om rett til innsyn i journal. I tillegg gir bestemmelsene selvstendige plikter for personellet uavhengig av tjenestemottakerens rettigheter. Pliktene vil gjelde alt personell som yter tjenester etter lovforslaget.

I helsepersonelloven § 45 er det gitt regler om overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger. Reglene vil gjelde alt personell som yter tjenester etter lovforslaget når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp og annen hjelp etter lovforslaget på en forsvarlig måte. Tjenestemottakeren kan motsette seg at opplysningene i journalen gis til andre som yter tjenester etter loven.

8.2.6 Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning – helsepersonelloven kapittel 4, 9 og 10

I helsepersonelloven kapittel 4, 9 og 10 er det gitt regler om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, og regler i tilknytning til autorisasjon. Lovendringen innebærer en tydeliggjøring/utvidelse av autorisert helsepersonells ansvar og plikter til også å omfatte tjenesteytelse etter lovforslaget som ikke faller inn under definisjonen helsehjelp.

Flere av de gruppene som i dag omfattes av autorisasjonsordningen i helsepersonelloven, for eksempel vernepleiere og omsorgsarbeidere, jobber også innen kommunenes sosialtjeneste. Lovendringen vil ikke i seg selv medføre at nye grupper personell vil bli omfattet av autorisasjonsordningen. Departementet har i denne forbindelse ikke vurdert hvorvidt nye personellgrupper bør omfattes av helsepersonellovens autorisasjonsordning, eventuelt om det bør utarbeides en egen personellov for sosial- og/eller omsorgspersonell.

8.2.7 Reaksjoner ved brudd m.v. på lovens bestemmelser - helsepersonelloven kapittel 11

Tap av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett er kun aktuelt for autorisert personell. Som nevnt under punkt 8.2.6 vil lovendringen i seg selv ikke medføre at nye grupper personell vil bli omfattet av autorisasjonsordningen. Alminnelige reaksjoner, dvs. advarsel etter § 56, kan gis alt helsepersonell. Det er denne siste reaksjonen som vil ha betydning for det personell som per i dag ikke er omfattet av helsepersonelloven og som etter endringen vil være det. I 2006 ble det gitt 72 advarsler til helsepersonell. Kun 1 gjaldt uautorisert helsepersonell. Tallene for 2007 var 77 advarsler, hvorav 1 til uautorisert personell, tallene for 2008 var 70 advarsler, hvorav 6 til uautorisert personell og tallene for 2009 var 89 advarsler, hvorav 4 til uautorisert personell. Lovforslaget antas derfor ikke å få stor betydning på dette punktet.

8.2.8 Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnd - helsepersonelloven kapittel 12

Statens helsepersonellnemnd (HPN) er klageorgan for vedtak om autorisasjon, advarsel, tilbakekall, suspensjon og begrensning av autorisasjon/lisens/spesialistgodkjenning m.m.

Det er kun som klageorgan for vedtak om advarsel etter § 56 at HPN vil kunne berøres av de foreslåtte endringene. Som oftest gis advarsel for uforsvarlig yrkesutøvelse. I 2006, som i 2005, behandlet HPN 15 saker om advarsel. 12 av disse gjaldt leger. I 2007 ble 15 advarsler behandlet i HPN, hvorav 12 gjaldt leger. I 2008 ble 8 advarsler behandlet i HPN, hvorav 6 gjaldt leger. I 2009 ble 18 advarsler behandlet i HPN, hvorav 15 gjaldt leger. På bakgrunn av dette er det grunn til å anta at reglene i helsepersonelloven kapittel 12 vil få svært begrenset faktisk anvendelse i forhold til det nye personellet som vil omfattes etter forslaget.

8.2.9 Forskjellige bestemmelser - helsepersonelloven kapittel 13

Reglene i helsepersonelloven kapittel 13 vil ikke få betydning i forhold til lovforslaget.

8.3 Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt

8.3.1 Gjeldende rett

8.3.1.1 Innledning

Taushetsplikten i helse- og omsorgstjenesten verner om private interesser, og dens begrunnelse er ønsket om beskyttelse av enkeltindividers personlige forhold og private sfære. Taushetsplikten utgjør et sentralt element av personvernet. Personvern innebærer vern om den personlige integritet og bygger på et menneskesyn hvor individet tilskrives en egenverdi og en rett til beskyttet sfære rundt sitt privatliv. Respekten for enkeltindividers personlige integritet, herunder interesse av ikke å få sin anseelse forringet utad, er det bærende motiv i de overveielser som ligger til grunn for bestemmelsene om taushetsplikt.

I tillegg vil en eventuell frykt hos den enkelte for uønsket informasjonsspredning fra helse- og omsorgstjenestene kunne utgjøre et alvorlig problem. Dersom tjenestemottakere unnlater å ta kontakt, holder tilbake eller oppgir feilaktig informasjon av frykt for at opplysninger skal komme på avveie, kan dette medføre et mangelfullt og til dels feilaktig beslutningsgrunnlag, som igjen kan føre til uheldige følger for tjenestens innhold.

8.3.1.2 Forvaltningsmessig og profesjonsbestemt taushetsplikt

Materiellrettslig reguleres taushetsplikten innenfor helse- og omsorgstjenesten ved et tosporet system. Enhver som yter tjeneste for et forvaltningsorgan er bundet av den forvaltningsmessige taushetsplikt som følger av forvaltningsloven, jf. lovens §§ 13 flg.

Helsepersonell er i tillegg bundet av den profesjonsbestemte taushetsplikten som følger av helsepersonelloven, jf. lovens kapittel 5. Offentlig ansatt helsepersonell vil således være bundet både av den forvaltningsmessige og den profesjonsbestemte taushetsplikt. I praksis vil den profesjonsbestemte taushetsplikt bli lagt til grunn fordi den går noe lenger enn den forvaltningsmessige taushetsplikt (Ot prp nr 2 (1985-86) s. 56).

Sosialtjenesteloven pålegger tjenesteytere etter loven en modifisert forvaltningsmessig taushetsplikt. Lovens § 8-8 henviser til forvaltningslovens taushetspliktbestemmelser, men strammer noe inn i forhold til hva slags type opplysninger som må anses for å være taushetsbelagte og i hvilken utstrekning opplysninger kan gis videre til andre forvaltningsorgan.

Mens den profesjonsbestemte taushetsplikten i prinsippet gjelder all pasientinformasjon, er den forvaltningsmessige taushetsplikt i utgangspunktet avgrenset mot nøytrale personopplysninger. Etter nærmere bestemmelser åpner den forvaltningsmessige taushetsplikt for sirkulasjon av opplysninger innenfor samme organ eller etat, og til en viss grad også overfor andre forvaltningsorgan. Tatt i betraktning de unntaksbestemmelser som gjelder i forhold til den profesjonsbestemte taushetsplikten kan det imidlertid diskuteres hvor stor den reelle forskjellen i praksis er mellom de to systemene.

8.3.1.3 Nærmere om forvaltningsmessig taushetsplikt

Personell som utfører oppgaver på vegne av forvaltningen, har som nevnt plikt til å sørge for at enkelte opplysninger ikke gjøres kjent for uvedkommende. Taushetsplikt etter forvaltningsloven er omhandlet i lovens §§ 13 – 13 e.

Forvaltningsloven § 13 pålegger enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han eller hun i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om "noens personlige forhold". Taushetsplikten omfatter alt personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av utdanning og arbeidsoppgaver. I "personlige forhold" ligger at det må gjelde opplysninger om noe som det er vanlig å ønske å holde for seg selv. Forhold som er allment kjent, eller som det vanligvis anses helt kurant å gi opplysninger om, anses ikke som personlig i denne sammenheng, se for øvrig forvaltningslovens § 13a nr. 3. For å klargjøre hva som regnes som personlige forhold, er det i § 13 andre ledd gitt eksempler på forhold som ikke regnes som personlige. Dette er fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Det ligger imidlertid en reservasjon i at opplysninger ikke røper et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige.

Det at personellet skal hindre at andre får adgang eller kjennskap, innebærer en forutsetning om aktivitet for å sikre at uvedkommende ikke får tilgang til taushetspliktbelagt informasjon, ikke bare en plikt til å tie. Bestemmelsen innebærer en plikt til diskresjon som også medfører krav til oppbevaring og formidling av informasjon. Dokumenter og annet materiale som inneholder opplysninger undergitt taushetsplikt, skal forvaltningsorganet oppbevare på betryggende måte, jf. lovens § 13c andre ledd.

Taushetsplikten er begrenset til det personellet får vite om i forbindelse med tjenesten eller arbeidet, og gjelder under arbeid, i fritiden og etter at arbeidet eller tjenesten er avsluttet. At taushetsplikten ikke bare gjelder under utøvelse av arbeidet, er en forutsetning for at plikten skal ha en reell funksjon.

Sosialtjenesteloven § 8-8 er en skjerpet bestemmelse om forvaltningsmessig taushetsplikt. Det er strengere regler for hva slags type opplysninger som anses å være taushetspliktbelagte og i hvilken utstrekning opplysninger kan gis videre til andre forvaltningsorganer. Taushetsplikten etter bestemmelsen gjelder i motsetning til forvaltningsloven også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om en klients oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til sosialtjenesten eller institusjonen å gi slik opplysning. Videre kan opplysninger gis til andre forvaltningsorganer bare når dette er nødvendig for å fremme sosialtjenestens eller institusjonens oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og nr. 6.

8.3.1.4 Nærmere om helsepersonells taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap

av å være helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21 første ledd. Pasientrettighetsloven har en korresponderende bestemmelse i § 3-6 om pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger. Av pasientrettighetsloven § 3-6 følger at opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Videre følger at opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Yrkesmessig taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 gjelder alt helsepersonell. Hvem som er helsepersonell følger av helsepersonelloven § 3 første ledd. I likhet med forvaltningslovens bestemmelser omfatter taushetsplikten både en plikt til å tie og en plikt til å hindre at opplysninger lekker ut. Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysningene gjøres tilgjengelig for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker, jf. helsepersonelloven § 22.

Taushetsplikten omfatter opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold og andre personlige forhold. Ettersom også pasientens øvrige personlige forhold er tatt med, vil all personidentifiserbar informasjon som hovedregel være underlagt taushetsplikt. Det skilles ikke mellom mer eller mindre ømtålige opplysninger slik det gjøres for den forvaltningsmessige taushetsplikt. Taushetsplikten gjelder imidlertid ikke hvis opplysningene er kjent fra før. Videre er plikten begrenset til opplysninger som er mottatt i egenskap av å være helsepersonell og gjelder i alle situasjoner og over all tid. Det innebærer blant annet, i likhet med forvaltningslovens bestemmelse, at den ikke opphører å gjelde etter at arbeidsforholdet er avsluttet.

8.3.1.5 Unntak fra taushetsplikten

Tidvis kommer den enkeltes interesse av konfidensialitet i konflikt med andre interesser, det være seg private eller offentlige. Både i forvaltningsloven, helsepersonelloven og andre tilknyttede lover er det derfor gitt flere unntak fra hovedregelen om taushetsplikt.

Taushetsplikten i helse- og omsorgstjenesten har til formål å verne tjenestemottakeren og kan derfor ikke påberopes overfor den som opplysningene angår. At tjenestemottaker har krav på informasjon om hvilke opplysninger som danner grunnlag for saksbehandling eller behandling, er for øvrig viktig for at vedkommende skal kunne ivareta sine interesser.

Taushetsplikt er heller ikke til hinder for at opplysningene gjøres kjent for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker, jf. forvaltningsloven § 13a nr. 1 og helsepersonelloven § 22 første ledd. Taushetsplikt settes til side etter samtykke fra den opplysningene gjelder, men bare så langt samtykket rekker. Det stilles ikke noe formkrav til samtykket. Hvorvidt vedkommende har kompetanse til å avgi et gyldig samtykke, avhenger av en konkret vurdering av om vedkommende er fysisk og psykisk i stand til både å forstå og vurdere konsekvensene av samtykket.

For tjenesteyter kan unntak fra taushetsplikten innebære en opplysningsrett eller en opplysnings- eller meldeplikt. Mens en opplysningsrett kan følge av tjenestemottakerens samtykke, vil en opplysningsplikt forutsette særskilt hjemmel i lov. Opphevelse av taushetsplikten fører altså ikke til at det automatisk inntrer en opplysningsplikt.

Taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 er heller ikke til hinder for at opplysningene brukes når behovet for beskyttelse er varetatt ved at de gis i statistisk form eller ved at individualiserende kjennetegn utelates på annen måte, jf. lovens § 13a nr. 2. Tilsvarende følger av helsepersonelloven § 23 nr. 3.

Taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 og helsepersonelloven § 21 avskjærer i utgangspunktet utlevering av taushetspliktbelagt informasjon til andre tjenesteytere/helsepersonell innen organet eller etaten og andre forvaltningsorganer og etater. I forvaltningsloven § 13b nr. 3 er det derfor inntatt en bestemmelse om at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysningene er tilgjengelig for andre tjenestemenn innen organet eller etaten i den utstrekning som trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning. Bestemmelsen kan sammenlignes med helsepersonelloven § 25 som regulerer taushetsplikt i forhold til samarbeidende helsepersonell. Etter helsepersonelloven § 25 kan taushetspliktbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og pasienten ikke motsetter seg det. Bestemmelsen er således ikke begrenset til organet eller etaten, men en begrensning vil følge av at det må være snakk om ”samarbeidende personell”.

Forvaltningsloven § 13b nr. 2 presiserer at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysningene benyttes til å oppnå det formål de er innhentet for. Dette er nærmere eksemplifisert ved at opplysningene kan brukes i forbindelse med saksforberedelse, avgjørelse, gjennomføring av avgjørelsen, oppfølging og kontroll.

Det er også unntak fra taushetsplikten for utlevering av opplysninger til forskningsformål, se helsepersonelloven § 29 og forvaltningsloven § 13d. Utlevering etter disse bestemmelsene forutsetter imidlertid beslutning fra departementet.

Unntak i taushetsplikt er også gjort gjennom bestemmelser om opplysnings- og meldeplikt. Opplysnings- og meldeplikt innebærer en pliktmessig tilsidesettelse av taushetsplikt. For at en slik plikt skal inntre, må det foreligge lovhjemmel.

Revisor for kommune og kontrollutvalget har, uavhengig av regler om taushetsplikt, rett til innsyn i kommunens saksdokumenter og arkiver, jf. kommuneloven § 60 nr. 6. Kommuneloven § 60 nr. 1 fastslår at kommunestyret har det øverste tilsyn med den kommunale forvaltning, og kan forlange enhver sak lagt fram for seg til orientering eller avgjørelse. Hvorvidt taushetsplikt skal vike i forhold til kommunestyret, må bero på en interesseavveining mellom offentlige og private hensyn. Prinsippet om at det ikke skal utleveres andre opplysninger enn det som er nødvendig i det konkrete tilfellet, gjelder også i forhold til kommunestyret. Prinsippet gjelder også for revisor og kontrollutvalg.

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om, jf. pasientrettighetsloven § 3-6.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 6-6a skal helsepersonell samarbeide med sosialtjenesten i klientsaker, og i sitt arbeid være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side. Utlevering av opplysninger skal skje innenfor rammen

av taushetsplikten, og vil normalt forutsette samtykke fra den det gjelder, med mindre alle individuelle kjennetegn utelates. Tilsvarende følger av helsepersonelloven § 32 første ledd.

Uten hinder av taushetsplikt skal helsepersonell, av eget tiltak, gi opplysninger til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade, jf. sosialtjenesteloven 6-2a. Tilsvarende følger av helsepersonelloven § 32 andre ledd. Plikten til å gi slike opplysninger gjelder også etter pålegg fra sosialtjenesten å utlevere opplysninger.

Videre har helsepersonell opplysningsplikt til barnevernet etter helsepersonelloven § 33. Også sosialtjenesten skal, av eget tiltak og uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til barneverntjenesten, når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. sosialtjenesteloven § 8-8a. Helse- og omsorgspersonell vil også ha meldeplikt etter straffelovens § 139 for å avverge bestemte alvorlige forbrytelser som er oppregnet i bestemmelsen. Bestemmelsen angir ingen plikt til å anmelde forbrytelser som allerede er begått.

Helsepersonell skal også av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet, jf. helsepersonelloven § 17.

Også i andre situasjoner oppstår det tidvis behov for å bringe identifiserbare opplysninger videre. Dette kan være i tilfeller der det ikke er mulig eller hensiktsmessig å innhente samtykke, eller der vedkommende nekter å avgi slikt samtykke. De vurderinger tjenesteyter må foreta i slike situasjoner vil langt på vei være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødrettssituasjoner. Helsepersonelloven inneholder i § 23 nr. 4 en generell unntaksbestemmelse fra taushetsplikten for slike tilfeller. Bestemmelsen angir et strengt vurderingstema, og forutsetter en avveining av ulike hensyn. Det som taler for videreformidling av informasjon må veie vesentlig tyngre enn formålet med taushetsplikten.

8.3.1.6 Departementets vurdering og forslag

Generelt

Dagens regelverk om taushetsplikt i helse- og omsorgssektoren er komplisert og til dels uoversiktlig. De ulike regelverkene er på enkelte områder til dels like eller med små nyanser samtidig som det på andre områder er større forskjeller. Etter departementets vurdering vil en samordnet regulering av taushetsplikten for personell som arbeider og/eller yter hjelp på området, gi lovstrukturelle, fornuftsmessige og personvernsmessige gevinster. Departementet viser i den forbindelse til at i mange tilfeller vil én og samme person motta eller bruke tjenester eller hjelp som er regulert i henholdsvis sosialtjenesteloven eller helselovgivningen, enten på samme tid eller langs en fortløpende tidsakse.

På denne bakgrunn foreslår derfor departementet å samordne reglene om taushetsplikt ved at helsepersonellovens regler om taushetsplikt skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester som omfattes av forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. lovforslaget § 2-1 som foreslår at helsepersonelloven skal komme til

anvendelse. I tillegg foreslår departementet enkelte innskjerpinger i den forvaltningsmessige taushetsplikten som følger av forvaltningsloven og som enhver som yter tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan er bundet av, jf. lovforslaget § 12-1 som kommenteres nærmere nedenfor. En lik regulering vil videre gjøre regelverket mer oversiktlig og forståelig for personellet, pasienter og brukere, og kan legge bedre til rette for samarbeid og opplæring.

Etter endringen vil det fortsatt foreligge et tosporet system for taushetsplikt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten; den yrkesmessige/profesjonsbestemte taushetsplikten og den forvaltningsmessige taushetsplikt. Dette vil være likt som for spesialisthelsetjenesten.

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt omfatter alt personell som utfører arbeid for det offentlige. Dette medfører at personellet i mange situasjoner vil være underlagt den yrkesmessige/profesjonsbestemte taushetsplikt *og* den forvaltningsmessige taushetsplikt. Som hovedregel skal den yrkesmessige/profesjonsbestemte taushetsplikten følges i slike situasjoner, fordi den som nevnt går lenger enn den forvaltningsmessige taushetsplikten. Hvis personellet utfører administrative oppgaver gjelder forvaltningslovens regler om taushetsplikt med de presiseringer som følger av lovforslaget her, jf. § 12-1, forutsatt at det er snakk om et offentlig tjenesteforhold.

Nærmere om yrkesmessig/profesjonsbestemt taushetsplikt – helsepersonelloven kapittel 5

Etter lovforslaget § 2-1 vil som nevnt helsepersonelloven komme til anvendelse for alt personell som tilbyr eller yter tjenester omfattet av loven, herunder helsepersonellovens kapittel 5 om taushetsplikt. Nedenfor følger en kort oversikt over hva forslaget vil innebære med hensyn til de ulike bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 5. Oversikten er ikke en uttømmende gjennomgang av helsepersonellovens regler om taushetsplikt og opplysningsrett.

Alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester etter lovforslaget vil etter *helsepersonelloven § 21* ha plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger personlige forhold som de får i egenskap av å være helsepersonell eller annet personell som yter hjelp etter loven. Med personlige forhold menes forhold som er knyttet til den enkelte person. I tillegg til helseopplysninger vil det være opplysninger om sosiale forhold, sivilstand, økonomiske forhold m.v. Som hovedregel vil all personidentifiserbar informasjon være underlagt taushetsplikt.

Helsepersonelloven § 21a inneholder forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Etter forslaget vil forbudet gjelde alt personell som yter hjelp etter lovforslaget og bestemmelsens unntak vil være begrunnet i behovet for å kunne gi forsvarlig hjelp etter lovforslaget. Det vil kun være tillatt å tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger underlagt taushetsplikt når det er begrunnet i helsehjelp eller annen hjelp til tjenestemottakeren etter lovforslaget, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift. I likhet med § 21 skal § 21a sikre ivaretakelse av den enkeltes personvern.

Det praktisk viktigste unntaket fra taushetsplikten er gitt i *helsepersonelloven § 22*. Etter bestemmelsen kan den som har krav på taushet samtykke til at opplysningene gjøres kjent for andre. Regler om samtykke er gitt i pasientrettighetsloven kapittel 4. Et samtykke opphever ikke taushetsplikten generelt, men bare i den utstrekning tjenestemottakeren har ønsket. Samtykket kan når som helst trekkes tilbake, helt eller delvis. I *helsepersonelloven § 23* er det gitt en oppregning av ulike unntak fra taushetsplikten og i *§ 24* er det inntatt en unntaksbestemmelse for opplysninger etter en persons død.

Adgangen til å gi opplysninger til samarbeidende personell er regulert i *helsepersonelloven § 25*. Etter bestemmelsen kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og pasienten ikke motsetter seg det. Som følge av lovforslagets § 2-1 vil taushetsbelagte opplysninger også kunne gis til samarbeidende personell som ikke er helsepersonell, men som yter tjenester etter lovforslaget. Det sentrale vurderingstemaet er utleveringen er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp eller annen forsvarlig hjelp etter lovforslaget.

På samme måte som det er behov for faglig samarbeid mellom helsepersonell i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, er det behov for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i kommunen. Samarbeid om enkeltpersoner bør i størst mulig utstrekning gjennomføres med vedkommende person som deltager. I forarbeidene til helsepersonelloven fremgår det at "Et tverrfaglig samarbeid bør primært være forankret i pasientens/klientens medvirkning og samtykke."

Helsepersonelloven § 26 regulerer blant annet i hvilken utstrekning taushetsbelagte opplysninger kan gis til virksomhetens ledelse. Etter lovforslaget kan den som yter helsehjelp eller annen hjelp etter lovforslaget gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp eller annen hjelp etter lovforslaget, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten.

I helsepersonelloven §§ 27, 28 og 29 er det gitt regler om opplysninger som sakkyndig, til arbeidsgiver og til forskning. Reglene vil etter lovforslaget gjelde alt personell som yter hjelp eller tjenester etter lovforslaget.

Nærmere om forvaltningsmessig taushetsplikt

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt omfatter alt personell som utfører arbeid for det offentlige. I lovforslagets § 12-1 første ledd har departementet foreslått presisert at forvaltningsloven §§ 13 – 13e skal komme til anvendelse overfor enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter loven. Forslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett og tilsvarer spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 første ledd.

De fleste ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste vil som nevnt på grunn av lovforslagets § 2-1 omfattes av helsepersonellovens taushetspliktbestemmelser. Når det likevel foreslås en videreføring av forvaltningslovens taushetsregler for ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste, er det fordi det vil være en gruppe ansatte som vil falle utenfor helsepersonellovens taushetspliktsregler, for eksempel kommunens

bestillerkontor som kommer i kontakt med forskjellige opplysninger om tjenestemottakere.

Etter lovforslaget foreslås det som nevnt at enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter loven skal ha taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e. Departementet foreslår imidlertid å innskjerpe forvaltningslovens bestemmelser noe, ved at det i lovforslagets § 12-1 andre ledd foreslås at taushetsplikten etter loven også skal omfatte opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Dette er opplysninger som i utgangspunkt er unntatt fra forvaltningslovens taushetsplikt i § 13 andre ledd.

For å verne om tjenestemottakernes tillitsforhold til kommunens helse- og omsorgstjeneste er det etter departementets vurdering behov for å innskrenke adgangen til å gi opplysninger til andre forvaltningsorganer i forhold til det som ellers følger av forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6. Adgangen til å gi opplysninger til andre forvaltningsorganer er innskrenket til de tilfeller hvor dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter lovforslaget, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse, jf. lovforslagets § 12-1 tredje ledd.

Personellet vil i mange situasjoner være underlagt den yrkesmessige/profesjonsmessige taushetsplikt og den forvaltningsmessige taushetsplikt. Som hovedregel skal den yrkesmessige/profesjonsmessige taushetsplikten følges i slike situasjoner, fordi den går lenger enn den forvaltningsmessige taushetsplikten. Bestemmelsene har som nevnt derfor først og fremst selvstendig betydning for ansatte som ikke har taushetsplikt etter helsepersonelloven og lovforslagets § 2-1.

Nærmere om opplysningsplikt – helsepersonelloven kapittel 6

I helsepersonelloven kapittel 6 er det inntatt en rekke bestemmelser om situasjoner hvor det kan inntre en opplysningsplikt for helsepersonell eller bestemte grupper av autorisert helsepersonell.

Av *helsepersonelloven § 30* første punktum fremgår at helsepersonell skal gi Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket tilgang til virksomhetens lokaler og gi alle de opplysninger som anses påkrevd for utførelsen av tilsyn med helsepersonellets virksomhet. Av bestemmelsens andre punktum følger at helsepersonellet uavhengig av taushetsplikt skal utlevere den dokumentasjon som tilsynsmyndighetene krever.

I sosialtjenesteloven §§ 2-5, 2-6 og 2-7 er det inntatt bestemmelser om henholdsvis statens oppgaver og myndighet etter loven, fylkesmannens tilsynsvirksomhet og Statens helsetilsyns tilsynsvirksomhet. Etter departementets vurdering må de tilsynsrelevante delene av disse bestemmelsene i all hovedsak sies å samsvare med det som følger av helsepersonelloven § 30. Slik sett vil det ikke få konsekvenser å la helsepersonelloven § 30 komme til anvendelse for personell som i dag er regulert av sosialtjenesteloven.

I sosialtjenesteloven § 2-5 første ledd bokstav b) til bokstav f) er det imidlertid inntatt enkelte oppgaver som ikke anses for tilsynsvirksomhet i tradisjonell forstand. Av bokstav b) følger at staten skal sørge for at erfaringer med loven blir vurdert og at det gjøres nødvendige endringer i regelverket, av bokstav c) følger at staten skal gi nødvendige

retningslinjer og instrukser, av bokstav d) følger at staten skal arbeide for at det blir satt i gang forskning som kan få betydning for løsningen av oppgaver etter loven, av bokstav e) følger at staten skal sørge for utdanning og veiledning for personale og andre som anvender loven og av bokstav f) følger det at staten skal sørge for at det blir utarbeidet informasjonsmateriell som sosialtjenesten kan bruke.

Etter departementets vurdering er det ikke nødvendig å videreføre en slik særskilt lovregulering og foreslår at bestemmelsen ikke videreføres i lovforslaget. Når det gjelder sosialtjenesteloven § 2-5 bokstav b) og bokstav c) er dette oppgaver som staten uansett løpende vurderer, blant annet basert på innspill og erfaringsformidlinger fra brukere, brukerorganisasjoner og kommunale eller statlige organer. Når det gjelder bokstav d) er det etter departementets vurdering ikke nødvendig å videreføre en lovfesting på dette området. Bokstav e) vil etter departementets vurdering være ivaretatt av lovforslagets bestemmelser om opplæring og utdanning, jf. lovforslagets § 8-1 og § 8-2, samt det ansvar stat og fylkeskommune generelt har på opplærings- og utdanningssiden. Bokstav f) vil etter departementets vurdering være unødvendig å videreføre i lovs form, idet staten allerede står for utarbeiding av omfattende informasjonsmateriell, papirbasert og elektronisk, også på helse- og omsorgssektoren.

Etter *helsepersonelloven § 31* skal helsepersonell varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person og eiendom. Tilsvarende bestemmelse finnes ikke i sosialtjenesteloven og bestemmelsen vil slik sett innebære en ny opplysningsplikt for personell som i dag arbeider innenfor sosialtjenesten og ikke har autorisasjon som helsepersonell. Departementet kan imidlertid ikke se at det skulle ha konsekvenser av betydning at også helsepersonelloven § 31 skal komme til anvendelse for personell som i dag er regulert av sosialtjenesteloven.

Etter *helsepersonelloven § 32* første ledd skal den som yter helsehjelp i sitt arbeid være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og skal av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten. Utlevering av opplysninger skal imidlertid skje innenfor rammen av taushetsplikten, og vil normalt forutsette samtykke fra den det gjelder, med mindre alle individuelle kjennetegn utelates.

Uten hinder av taushetsplikt skal helsepersonell, av eget tiltak, gi opplysninger til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade, jf. helsepersonelloven § 32 andre ledd. Plikten til å gi slike opplysninger gjelder også etter pålegg fra sosialtjenesten å utlevere opplysninger.

Departementet vil foreslå enkelte tekniske endringer av bestemmelsen fordi det i henhold til lovforslaget ikke lenger vil være riktig å operere med betegnelsen ”sosialtjeneste”. Lovforslagets sammenslåing av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven medfører at det i lovens forstand vil være snakk om ”helse- og omsorgstjenesten”, ikke sosialtjenesten. Departementet viser også til at det som følge av lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, jf. særlig lovens kapittel 4, vil være nødvendig med tekniske endringer av helsepersonelloven § 32.

Videre har helsepersonell opplysningsplikt til barnevernet etter *helsepersonelloven § 33*. Helsepersonell skal, av eget tiltak og uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til barneverntjenesten, når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Tilsvarende bestemmelse følger av sosialtjenesteloven § 8-8a og det vil således ikke få konsekvenser å la helsepersonelloven § 33 komme til anvendelse overfor personell som i dag arbeider innenfor sosialtjenesten.

Opplysningsplikten etter *helsepersonelloven § 34* gjelder bare for spesifikt nevnte grupper av autorisert helsepersonell, og vil slik sett ikke få betydning dersom helsepersonelloven skal komme til anvendelse for alle som tilbyr eller yter tjenester omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Nærmere om forskrifter etter helsepersonelloven

Med hjemmel i helsepersonelloven er det gitt en rekke forskrifter. Departementet vil vurdere hvorvidt enkelte av disse bør endres slik at de omfatter alt personell som tilbyr eller yter hjelp etter forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder blant annet:

- Forskrift om pasientjournal
- Forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse.
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

8.3.1.7 Forholdet til lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

Som nevnt ovenfor vil departementet vurdere behovet enkelte tekniske endringer som følge av lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, samt også vurdere behov for presisering av avgresningen mellom denne loven og den nye kommunale helse- og omsorgsloven.

8.4 Administrative og økonomiske konsekvenser

8.4.1 Innledning

Departementet foreslår at helsepersonelloven som klar hovedregel også får anvendelse på de tjenester som flyttes fra sosialtjenesteloven til den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. unntaket for personer som mottar omsorgslønn. Det formelle skillet mellom helsehjelp og sosialtjenester blir dermed for en stor del opphevet i den nye loven.

8.4.2 Personell

Skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester foreslås ikke videreført i lovforslaget. En konsekvens av dette er at det vil bli vanskelig å skille mellom helsepersonell og annet personell i den nye loven. Behovet for samordnet regulering av kommunens personell blir derfor enda sterkere. For å unngå vanskelig og i enkelte tilfeller tilfeldig grensedragning mellom kommunens ulike personell, foreslår som nevnt departementet at

helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven.

Utvidelsen innebærer at dagens personell som yter tjenester etter sosialtjenesteloven i medhold av departementets forslag til ny lov vil omfattes av helsepersonellovens bestemmelser med hensyn til krav til forsvarlighet, regler om taushetsplikt og regler om opplysningsrett- og plikt.

Det er imidlertid vanskelig å tallfeste eksakt hvor mange årsverk som omfattes av utvidelsen og hvorvidt endringene vil medfører økte utgifter. Det er ikke mulig å tallfeste personell som yter tjenester etter sosialtjenesteloven på samme måte som helsepersonell. Det har sammenheng med flere forhold, herunder at det ikke er autorisasjon av sosialpersonell, og at det i sosialtjenesten ikke foreligger lovpålagte stillinger. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det er om lag 6400 årsverk som kan betegnes som personell som yter tjenester etter sosialtjenesteloven. I tillegg kommer årsverk knyttet til støttekontakt og brukerstyrt personlig assistanse.

Antall årsverk etter utdanningsgrupper innenfor pleie- og omsorg (2009)

Helse	Helsefagarbeidere	688
	Hjelpepleiere	35 924
	Omsorgsarbeidere	9 308
	Helsesekretærer	545
	Sykepleiere	18 950
	Sykepleiere med spesialistutdanning	3 973
	Helsesøstre	208
	Jordmødre	91
	Vernepleier	5 507
	Fysioterapeuter (institusjon)	353
	Ergoterapeuter	679
	Leger og legespesialister (institusjon)	383
	Psykologer	24
Sosial	Sosionomer	987
	Barnevernpedagoger	660
	Miljøterapeut og pedagoger	2 605
	Aktivitører	1 425

	Barne- og ungdomsarbeidere	683
	Årsverk i alt, pleie og omsorg	123 482

En stor andel av sosialpersonellet arbeider innenfor NAV-systemet eller barnevernet. I tillegg er det slik at en stor andel av det resterende sosialpersonellet allerede i dag har arbeidsoppgaver som er å anse for helsehjelp etter helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 1. I så måte vil dette personellet allerede i dag være underlagt helsepersonellovens plikter, herunder plikt til forsvarlighet, opplysningsplikt, taushetsplikt og journalføringsplikt. For denne gruppen personell vil det i praksis ikke ha noen annerledes betydning at det nå lovfestes at helsepersonelloven skal komme til anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsepersonellovens anvendelse vil således bare representere noe nytt for den resterende gruppen "sosialpersonell" som yter tjenester omfattet av den nye loven, men som ikke er å anse for helsehjelp.

8.4.3 Journalføring

Departementet anser utvidelsen først og fremst som en klargjøring og presisering av dagens plikter for sosialpersonell. Dagens virkeområde for helsepersonellovens bestemmelser om dokumentasjon og journalplikt foreslås ikke utvidet. Det samme gjelder for regler som gjelder for personell med særlige kvalifikasjoner, autorisasjon, lisens og spesialist godkjenning. Forslaget vil derfor i liten grad medføre økte utgifter.

Etter departementets vurdering vil innføring av journalføringsplikt i sosialtjenesten ikke ha nevneverdige økonomiske konsekvenser. Også i dag har kommunen behov for å få dokumentert sine tjenester. Det følger av sosialtjenesteloven § 8-1 annet ledd at avgjørelser om tildeling av sosiale tjenester skal regnes som enkeltvedtak. Tildeling av tjenestene vil derfor bli dokumentert i samsvar med forvaltningslovens bestemmelser.

Sosialtjenesteloven har imidlertid ingen bestemmelser om dokumentasjon av utførte tjenester tilsvarende journalføringsplikten hjemlet i helsepersonelloven. I praksis vil imidlertid kommunen som ansvarlig tjenesteutfører ha behov for å kunne dokumentere sine tjenester. Hvordan dette rent praktisk gjøres kan variere fra kommune til kommune ut fra behov og lokale forutsetninger. I praksis vil imidlertid den enkelte tjenesteyter skriftlig nedtegne de oppgaver som utføres. Innenfor hjemmetjenesten vil utførte oppgaver ofte dels være hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og dels i sosialtjenesteloven. Mange kommuner har samorganisert disse tjenestene. Praktiske hensyn vil her ofte tilsi at personellet benytter seg av felles dokumentasjonssystemer.

8.4.4 Behov for opplæring i nytt regelverk

Innføring av nytt regelverk for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil nødvendiggjøre opplæring av personell i nytt regelverk, både helsepersonell og

sosialpersonell. Departementet vil sørge for å utarbeide informasjonsmateriell om lovreformen, herunder vurdere utarbeiding av særskilt opplæringsmateriale.

9 Forholdet til forvaltningsloven

9.1 Gjeldende rett

9.1.1 Generelt

Forvaltningsloven gjelder virksomhet som drives av forvaltningsorganer hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov. Som forvaltningsorgan regnes et hvert organ for stat eller kommune, jf. forvaltningsloven § 1. Hvis forvaltningsloven ikke skal gjelde for virksomhet som faller inn under lovens virkeområde, må dette framgå av den loven som regulerer den aktuelle virksomheten.

Hovedregelen i norsk rett er at tildeling av rettigheter fra det offentlige til private skal følge reglene i forvaltningsloven og skje i form av enkeltvedtak. I kommunehelsetjenesteloven er det imidlertid slått fast at forvaltningsloven som hovedregel ikke gjelder for avgjørelser om rett til helsehjelp, jf. § 2-1 tredje ledd. Tilsvarende er det i pasientrettighetsloven § 2-7 bestemt at forvaltningsloven ikke gjelder for vedtak som treffes om rett til helsehjelp og transport. Etter sosialtjenesteloven § 8-1 gjelder det motsatte utgangspunktet. Her er hovedregelen at forvaltningsloven gjelder. Det blir redegjort nærmere for hva disse forskjellige reglene innebærer nedenfor.

9.1.2 Forvaltningsloven

Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i offentlig forvaltning og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med den offentlige forvaltning. Unntak fra forvaltningsloven må derfor ha en begrunnelse. Lovens kapittel II-III gjelder i utgangspunktet for all virksomhet som drives av forvaltningsorganer, mens kapittel IV-VI bare gjelder for avgjørelser som regnes som enkeltvedtak. Forvaltningsloven kapittel II har regler om inhabilitet, og kapittel III innholder alminnelige regler om saksbehandlingen, bl.a. regler om veiledningsplikt, saksbehandlingstid og taushetsplikt. Kapittel IV har regler om saksforberedelse; utrednings- og informasjonsplikt, innsyn mv., mens kapittel V har regler om selve vedtaket, bl.a. krav til skriftlighet og begrunnelse. Klage og omgjøring er regulert i kapittel VI, og forskrifter er regulert i kapittel VII.

Enkeltvedtak og forskrifter er undergrupper av vedtak. Vedtak er i forvaltningsloven definert som en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet, og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter), jf. § 2 første ledd bokstav a. Enkeltvedtak er vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b, mens forskrift er definert som et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til et ubestemt antall eller en ubestemt krets av personer, jf. § 2 første ledd bokstav c.

9.1.3 Sosialtjenesteloven

I sosialtjenesteloven § 8-1 første ledd er det bestemt at forvaltningsloven gjelder med de særreglene som er fastsatt i sosialtjenesteloven. I annet ledd er det presisert at tildeling av sosiale tjenester skal regnes som enkeltvedtak. De sosiale tjenestene er nærmere regulert i sosialtjenesteloven § 4-2, jf. ovenfor i punkt 11.3.4-11.3.8. Før sosialtjenesteloven ble vedtatt, hadde det vært en del uklarhet om enkelte av de avgjørelsene som sosialtjenesten fattet, skulle regnes som enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Etter den presiseringen som er tatt inn i loven, skal alle avgjørelser om tildeling av sosiale tjenester regnes som enkeltvedtak, uansett om det er tvilsomt om avgjørelsen kan regnes som enkeltvedtak etter definisjonen i forvaltningsloven. Dette betyr at de alminnelige reglene i forvaltningsloven kapittel II og III må følges i tillegg til reglene om enkeltvedtak i kapittel IV-VII. Av forarbeidene til sosialtjenesteloven (Ot. prp. nr. 29, 1990-91) framgår det at departementet la vekt på økt rettssikkerhet for den enkelte søker da det ble foreslått at forvaltningsloven skulle gjelde. Departementet viste til at siktemålene med forvaltningslovens bestemmelser er å skape åpenhet i forhold til parten og gi parten mulighet til innsyn i grunnlaget for avgjørelsen og det skjønnet som er utvist. Departementets vurdering var at fordelene som oppnås ved å anvende forvaltningsloven, langt på vei oppveier de administrative ulempene som for eksempel krav til skriftlighet innebærer.

Unntak fra forvaltningsloven framgår av sosialtjenesteloven § 8-1 annet ledd. Her er det bestemt at hvis flere samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, skal de ikke regnes som parter i samme sak, og en søker som mener seg forbigått, kan ikke klage over at en annen har fått ytelsen. Begrunnelsen for dette unntaket er at opplysninger om den enkelte søkers personlige forhold som regel er av en slik karakter at de bør være beskyttet mot innsyn fra andre parter i sterkere grad enn det som følger av forvaltningsloven, jf. reglene om partenes adgang til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter i forvaltningsloven §§18 til 19.

For å unngå tolkningstvil er det i sosialtjenesteloven § 8-2 bestemt at "for klientsaker" gjelder forvaltningsloven for private institusjoner eller boliger med heldøgns omsorgstjenester som er tatt inn i kommunens plan.

Sosialtjenesteloven har også særregler om fylkesmannens kompetanse i klagesaker, taushetsplikt og opplysningsplikt. Dette blir behandlet nærmere nedenfor i punkt 9.3 og kapittel 26.

9.1.4 Kommunehelsetjenesteloven

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd gjelder ikke forvaltningsloven for "vedtak etter paragrafen her". Paragrafen regulerer rett til helsehjelp, slik at unntaket fra forvaltningsloven gjelder avgjørelser om rett til helsehjelp. Som begrunnelse for dette unntaket ble det i Ot.prp. nr. 66 (1981-82) anført:

> "Tredje ledd slår fast at forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak som treffes etter § 2-1. Vedtak om å gi eller nekte legehjelp etter § 2-1 vil trolig være enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Det

kan være tvilsomt i hvilken grad forvaltningslovens regler passer på de vedtak det her gjelder, og man har valgt uttrykkelig å ta inn i bestemmelsen at forvaltningsloven ikke kommer til anvendelse."

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 fjerde ledd skal forvaltningsloven likevel gjelde for vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Denne bestemmelsen ble vedtatt samtidig med sosialtjenesteloven i 1991 for å oppnå bedre samordning av saksbehandlingsreglene i disse to lovene. I tillegg ble det i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 femte ledd tatt inn de samme særreglene som gjelder etter sosialtjenesteloven § 8-1 annet ledd, jf. ovenfor.

9.1.5 Pasientrettighetsloven

I pasientrettighetsloven § 2-7 er det bestemt at forvaltningsloven ikke gjelder for vedtak som treffes etter kapittel 2. Dette kapitlet regulerer rett til helsehjelp og transport. Bestemmelsen ble vedtatt i 2003, etter at sosialkomiteen hadde fremmet forslag om at forvaltningsloven ikke skal gjelde for slike avgjørelser. Begrunnelsen fra komiteen var at saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven først og fremst er beregnet på tradisjonell forvaltningsvirksomhet, og at helselovgivningen har særlige regler som er bedre tilpasset den kliniske situasjonen, og som sikrer at pasientens interesser blir ivaretatt i forhold til bl.a. informasjon, medvirkning og rett til å klage. I tillegg ble det vist til at saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven kan føre til feil bruk av ressurser og unødig byråkratisering som ikke er til beste for pasienten, jf. Innst. O. nr. 23 (2003-2004). I Ot.prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter er det vist til at de formelle rettighetene sikrer at saksbehandlingen i helsetjenesten er forsvarlig.

9.1.6 Spesialisthelsetjenesteloven

Forholdet til forvaltningsloven er ikke særskilt regulert i spesialisthelsetjenesteloven, bortsett fra § 6-1, som gjelder taushetsplikt. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 regulerer informasjonsplikt for helseinstitusjoner som omfattes av denne loven. Det er presisert at disse helseinstitusjonene har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten kan ivareta sine rettigheter, jf. pasientrettighetsloven §§ 2-1 – 2-5, og at de har plikt til å gi slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter pasientrettighetsloven § 3-2 siste ledd.

9.1.7 Helseforetaksloven

I helseforetaksloven § 5 er det presisert at forvaltningsloven gjelder for foretakenes virksomhet. Det er gjort unntak for personalsaker, slik at bare forvaltningsloven kapittel II og III kommer til anvendelse på slike saker. I forarbeidene til denne loven er det uttalt at forvaltningsloven som utgangspunkt ikke gjelder for virksomhet som er organisert som eget rettssubjekt, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Det er også vist til at helseforetakene, og særlig de regionale helseforetakene, i en del sammenhenger vil utøve offentlig myndighet, selv om de tas ut av forvaltningen og gjøres til selvstendige rettssubjekter. Departementet mente derfor at forvaltningsloven som hovedregel bør gjelde for deres virksomhet. Det ble

også anført i proposisjonen at det kan være noe uklart om forvaltningsloven kommer til anvendelse for foretakene uten at dette presiseres.

9.2 Forslag i NOU 2004: 18 og uttalelser fra høringsinstansene

Bernt-utvalget viste i NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* til at det i et harmoniseringsperspektiv er uheldig at saksbehandlingsreglene for i hovedsak likeartede tjenester i den kommunale sosial- og helsetjenesten er så uensartede. En tilfredsstillende samordnet forvaltning av kommunale sosial- og helsetjenester forutsetter like saksbehandlingsregler, uavhengig av om det gjelder sosial- eller helsetjenester. Ifølge utvalget er dette spesielt viktig i forhold til de vanskelighetene publikum opplever knyttet til ivaretakelse av rettigheter. Det er også tungvint for kommunene å holde saksbehandlingsreglene fra hverandre hvis saken gjelder ulike sider ved ett og samme tjenestemottakerforhold. Utvalget viste også til at det er det lite rasjonelt med et så komplisert og lite samordnet regelverk.

Utvalget foreslo at forvaltningsrettslige prinsipper og forvaltningslovens regler skal komme til anvendelse ved alle tildelingsbeslutninger i den kommunale sosial- og helsetjenesten, med de særregler som er innarbeidet for tildelingsbeslutninger i en konkurransesituasjon. Utvalget presiserte at de mer vidtgående saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven kapittel IV-VI bare gjelder for avgjørelser som anses som enkeltvedtak, i praksis tildelingsbeslutninger, og at disse reglene ikke gjelder for diagnostiske vurderinger og faktiske handlinger. Ifølge utvalget er det særlig behov for at forvaltningsrettslige prinsipper legges til grunn ved tildelingsbeslutninger der det trengs samordnet hjelp og helsehjelp over tid, men behovet kan også gjelde tilfeller der det må foretas en rasjonering av visse typer helsetilbud ut fra ressursmessige grunner. Utvalget presiserte at den store delen av helsetjenester som knytter seg til rene fastlegekonsultasjoner (i overkant av 11 millioner) stort sett gjennomføres uten at det er nødvendig med formell saksbehandling fra kommunens side eller samarbeid med andre tjenester, og at utvalget ikke ønsket å gjøre noen endring i dette.

Utvalget foreslo en presisering i loven om at vedtak om tildeling av tjeneste som hovedregel skal regnes som enkeltvedtak etter forvaltningsloven kapittel IV - VI. Utvalgets vurdering var at ettersom tildeling av helsetjenester er fordeling av offentlige midler, bør også reglene om inhabilitet og forvaltningslovens alminnelige saksbehandlingsregler (kapittel II og III) følges så langt det er mulig ved spørsmål om tildeling, endring, bortfall eller avslag på søknad om tjenester.

Utvalget foreslo også lovfesting av plikt til å treffe samlet vedtak når tjenestemottakeren har behov for flere former for ytelser. Et slikt vedtak vil ifølge utvalget være et enkeltvedtak og må angi hvilke typer tjenester og tiltak som skal tilbys, men uten at enkeltelementer i vedtaket gjøres til egen sak og mulig klagegjenstand. Samlet vedtak skal etter utvalgets forslag fattes ved utarbeidelse av individuell plan, men også "for andre som mottar flere former for tjenester, hvis tjenestemottaker ber om det, og ellers når det er ønskelig av hensyn til samordning av tjenestetilbudet". Etter utvalgets mening burde samlet vedtak også kunne gjelde andre områder enn sosial- og helsesektoren, for eksempel

der tjenestemottakeren mottar tjenestetilbud som omfatter skole- og fritidstilbud, sosiale tjenester og helsetjenester. Utvalget mente at en plikt til å utarbeide samlet vedtak kan føre til at tjenestemottaker, og eventuelt pårørende, får bedre mulighet til å vurdere om tjenestetilbudet, samlet sett, tilfredsstiller behovet og om de lovfestede rettighetene blir sikret på en tilfredsstillende måte. Samlet vedtak kan ifølge utvalget også gjøre det lettere for kommunene å få oversikt over tjenestemottakerens individuelle behov, noe som igjen kan gjøre det lettere å utnytte ressursene best mulig.

Et mindretall av høringsinstansene uttalte seg om forslaget til nye saksbehandlingsregler. Flere fryktet at utvalgets forslag kan føre til byråkratisering av helsetjenesten. Et flertall av *kommunene* støttet utvalgets forslag og viste særlig til at like saksbehandlingsregler er viktig for å harmonisere helse- og sosiallovgivningen, herunder oppheve det formelle skillet mellom sosial- og helsetjenester. Enkelte kommuner mente at forslaget vil lette kommunenes arbeid, mens andre viste til at forslaget vil medføre kapasitetsproblemer og økte kostnader for kommunene. *Fylkesmannsembetene* var generelt positive til at forvaltningsloven skal gjelde ved tildeling av helsetjenester, mens *helsetilsynet i fylkene* var mer skeptiske til forslaget. *Helsedirektoratet* viste til at de aller fleste i vårt samfunn i perioder av livet bare trenger enkelttjenester, og at det vil være mindre egnet å bruke forvaltningslovens saksbehandlingsregler for denne gruppen. Blant *yrkes- og interesseorganisasjonene* var det noen som støttet utvalgets forslag, mens andre var skeptiske. *Advokatforeningen* etterlyste en nærmere drøfting av hvilken betydning en utvidet anvendelse av saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven kan ha for manglende fleksibilitet i tjenesteytingen og mente at en definisjon av enkeltvedtak til å gjelde "tildeling av tjenester" etter den nye loven vil etterlate så store tolkningsproblemer og avgrensningsspørsmål at det like godt kan foretas en avgrensning direkte i loven. *Legeforeningen* sluttet seg til "utvalgets vektlegging av viktigheten ved et samordnet regelverk for saksbehandling og etterprøving (…)."

9.3 Prosedyrer og praksis ved tildeling av hjelp

9.3.1 Sosiale tjenester

Etter sosialtjenesteloven § 8-1 skal forvaltningsloven som hovedregel gjelde, og tildeling av sosiale tjenester skal regnes som enkeltvedtak, jf. punkt 26.3.1. Dette betyr at en avgjørelse om tildeling av sosiale tjenester må være skriftlig hvis ikke dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet, jf. forvaltningsloven § 23. Videre skal forvaltningsorganet som hovedregel gi en begrunnelse samtidig med at enkeltvedtaket treffes og sørge for at partene underrettes om vedtaket så snart som mulig. Underretningen skal opplyse om klageadgang, klagefrist, klageinstans m.m., jf. forvaltningsloven §§ 24, 25 og 27.

Saksbehandlingsreglene som gjelder for sosiale tjenester, er basert på at det fremmes en søknad, eller at en person henvender seg til sosialtjenesten. En søknad kan settes fram både skriftlig og muntlig. Sosialtjenesten må imidlertid sortere ut hva som er søknader og hva som er mer generelle henvendelser som kan besvares uten at det skal fattes

enkeltvedtak. Etter sosialtjenesteloven § 4-1 skal sosialtjenesten gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Slik hjelp skal ikke gis i form av enkeltvedtak.

Helsedirektoratet utga i 2007 heftet *Anbefalinger til saksbehandlingsprosessen for tjenester – Lov om sosiale tjenester § 4-2* (IS-1382). Som påpekt i dette heftet, vil saksbehandlingens omfang avhenge av søknadens/sakens karakter, og variasjonene vil nødvendigvis være store. Hovedelementene og prinsippene for saksbehandlingen er imidlertid de samme i alle de sakene der sosialtjenesten skal fatte enkeltvedtak etter sosialtjenesteloven. Søknaden skal klargjøres, det skal samles inn opplysninger, og disse skal vurderes i forhold til lover og retningslinjer. Til slutt skal det fattes et vedtak som skal følges opp med det nødvendige etterarbeidet.

9.3.2 Kommunehelsetjenester

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 fjerde ledd skal forvaltningsloven gjelde for vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling og bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorgs og pleie. Dette betyr at de samme saksbehandlingsreglene som gjelder ved tildeling av sosiale tjenester, skal følges i slike saker. Hovedregelen etter kommunehelsetjenesteloven er imidlertid at forvaltningsloven ikke skal gjelde for vedtak om helsehjelp. Dette betyr at særreglene i helselovgivningen gjelder for avgjørelser som ikke dreier seg om hjemmesykepleie eller sykehjemsplass.

Kommunale helsetjenester (unntatt hjemmesykepleie og sykehjemsplass) ytes som regel uten at det er fremmet en formell søknad. Tjenestene ytes ofte ved personlig henvendelse og direkte kontakt mellom det enkelte helsepersonell og den enkelte pasient. Helsepersonellet foretar forskjellige faktiske handlinger, diagnostiske vurderinger og kliniske beslutninger. Vurderingen av hva slags hjelp som skal gis, vil bero på et helsefaglig skjønn. En stor del av den kommunale helsehjelpen gis av private tjenesteytere som har avtale med kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven kapittel 4, som regulerer privat virksomhet som del av helsetjenesten i kommunen.

Etter helsepersonelloven § 4 skal helsepersonellet innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand eller *henvise* pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Hvis pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Henvisninger kan skje til videre utredning eller behandling både i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

9.3.3 Spesialisthelsetjenester

Etter helseforetaksloven § 5 skal forvaltningsloven gjelde for foretakenes virksomhet. Bortsett fra personalsaker er det i helseforetaksloven ikke gjort unntak fra forvaltningsloven, slik at utgangspunktet er at både de alminnelige reglene og særreglene om enkeltvedtak gjelder for helseforetakenes virksomhet, jf. ovenfor i punkt 9.1.7. Unntaket i pasientrettighetsloven § 2-7 kommer imidlertid til anvendelse for avgjørelser som gjelder rettigheter etter pasientrettighetsloven kapittel 2. Dette betyr at forvaltningsloven ikke skal gjelde for avgjørelser som helseforetakene treffer om rett til

helsehjelp og transport. Andre avgjørelser som regnes som enkeltvedtak etter forvaltningsloven må imidlertid følge reglene i forvaltningsloven. Dette gjelder administrative saker som for eksempel tildeling av avtalehjemmel for drift av privat spesialistpraksis etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-2. Et annet eksempel er vedtak om dekning av utgifter til syketransport, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 og forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse og behandling (syketransportforskriften), jf. forskrift 4. juli 2008 nr. 788.

9.4 Departementets vurderinger og forslag

9.4.1 Innledning

Det er viktig at tildeling av helse- og omsorgstjenester skjer på en måte som sikrer rettferdig og riktig fordeling, og at den enkeltes rettssikkerhet blir ivaretatt. Samtidig er det viktig at tjenestene ikke blir "overbyråkratisert", og at det ikke blir brukt unødvendig tid på skriftlighet og vedtaksprosedyrer. Framstillingen ovenfor viser at sosialtjenesteloven og helselovgivningen har motsatte utgangspunkt når det gjelder spørsmålet om forvaltningsloven skal gjelde. Det kan være ulike grunner til å gjøre unntak fra forvaltningsloven. Samtidig taler hensynet til et oversiktlig regelverk for et mest mulig likt eller harmonisert regelverk ved tildeling av tjenester, særlig når tjenestene er hjemlet i samme lov. Et enhetlig regelverk kan bedre rettssikkerheten for den enkelte ved at det blir enklere å forutberegne sin rettsstilling og ha oversikt over hvilke regler som gjelder.

Unntakene fra forvaltningsloven i kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven er særlig begrunnet med at helselovgivningen har særlige regler som er bedre tilpasset den kliniske situasjonen, og som sikrer at pasientenes interesser blir ivaretatt i forhold til bl.a. informasjon, medvirkning og rett til å klage. Ved utarbeidelse av ny felles lov for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det grunn til å vurdere nærmere hvilke saksbehandlingsregler som bør gjelde ved tildeling av hjelp og annen virksomhet. Sentrale vurderingstema blir om forvaltningsloven passer for virksomheten, og hvilken løsning som vil være den beste for pasientene og andre brukere, personellet og kommunen.

9.4.2 Enkelte utviklingstrekk

Et av de spørsmålene som reiser seg, er om utviklingen i den kommunale helse- og omsorgssektoren de siste årene tilsier at det bør gjøres endringer når det gjelder spørsmålet om forvaltningsloven bør gjelde. Utviklingen har vært preget av økt satsing på hjemmebaserte tjenester, samtidig som andelen yngre brukergrupper har økt. Dette har medført behov for et mer differensiert tjenestetilbud både i hjemmetjenestene og institusjonstjenestene.

De kommunene som særlig har satset på utbygging av hjemmebaserte tjenester, har valgt å benytte en større andel av sengeplassene på sykehjemmene til korttidsplasser, ofte i form av rene avlastningstilbud, eller som rehabiliterings- og opptreningsopphold. Mange sykehjem har i dag flere avdelinger (langtidsavdeling, korttidsavdeling, palliativ enhet, rehabiliteringsavdeling m.m.) tilrettelagt for særskilte behov. Dette er en utvikling som er

i tråd med St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*, der betydningen av et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser ble understreket. I denne stortingsmeldingen ble det vist til at korttidsplasser kan benyttes ved blant annet medisinsk behandling ved akutt sykdom, utredning og observasjon, korttidspleie for kronisk syke, etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold og omsorg ved livets slutt.

Kommunene tilbyr i dag i betydelig grad hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjonsopphold. En mindre homogen brukergruppe har medført et mer differensiert hjemmetjenestetilbud der hjemmesykepleie er en av flere tjenester. For eksempel kan fysioterapitjenester bli tilbudt i en rehabiliteringssituasjon, og da kanskje som ledd i et større sammensatt tilbud. Selv om forvaltningsloven i dag ikke gjelder ved tildeling av fysioterapitjenester, vil enkelte kommuner i praksis fatte et enkeltvedtak også for disse tjenestene, fordi den øvrige delen av tjenestetilbudet tildeles ved enkeltvedtak.

Etter departementets vurdering tilsier utviklingen at det er grunn til å gjøre visse endringer i dagens regelverk.

9.4.3 Forvaltningsloven kapittel II og III

Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven er tilpasset tradisjonell forvaltningsvirksomhet, ikke avgjørelser som treffes av helsepersonell i operativ/klinisk virksomhet. Rettssikkerhetsgarantiene i helselovgivningen bygger på samme hensyn som forvaltningsloven skal ivareta, men er tilpasset helsetjenesten. Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven har imidlertid ikke saksbehandlingsregler som er spesielt tilpasset kommunens virksomhet.

Etter departementets vurdering er det grunn til å skille mellom reglene i forvaltningsloven som gjelder for all virksomhet forvaltningsorganer driver (kapittel II og III), og reglene som bare gjelder for enkeltvedtak (kapittel IV-VI). Reglene om inhabilitet, veiledningsplikt, taushetsplikt mv. gjelder alle former for forvaltningsvirksomhet, ikke bare virksomhet som dreier seg om enkeltvedtak. Departementet mener at det nå er grunn til å vurdere nærmere om eventuelle unntak fra forvaltningsloven bør gjelde hele loven, eller om bare deler av forvaltningsloven bør unntas.

Forvaltningsloven kapittel II har regler om habilitet, mens helselovgivningen ikke har særlige regler om dette. Hovedprinsippet i forvaltningsloven er at en offentlig tjenestemann er inhabil når det foreligger særegne forhold som er "egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet", jf. § 6 andre ledd. Departementet legger til grunn at tilsvarende må gjelde i helsetjenesten fordi forsvarlighetskravet i helsepersonelloven kan tilsi at helsepersonell er inhabil til å treffe en avgjørelse. I helsepersonelloven § 15 fremgår det at helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6 ikke skal utstede attester, erklæringer o.l. I tillegg er hensynet til tillitsforholdet mellom pasienter og helsetjenesten/helsepersonell presisert både i formålsbestemmelsen til pasientrettighetsloven og i formålsbestemmelsen i helsepersonelloven. Når det gjelder kommunens virksomhet, kan det ulovfestede prinsippet om forsvarlig saksbehandling i forvaltningen tilsi at en person er inhabil.

Forvaltningsloven kapittel III inneholder alminnelige regler om saksbehandlingen. Disse reglene gjelder veiledningsplikt, saksbehandlingstid, muntlige konferanser og nedtegning av opplysninger, rett til å la seg bistå av fullmektig og taushetsplikt. I tillegg har dette kapitlet regler om adgang for Kongen til å fastsette frister og gi regler om nemnder. Pasientrettighetsloven har regler om rett til medvirkning og informasjon i kapittel 3, jf. også regler om informasjon i pasientrettighetsloven §§ 2-1 tredje ledd og 2-2 Disse reglene går lenger enn retten til veiledning i forvaltningsloven § 11. I tillegg har helsepersonelloven regler om krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp og regler om at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Helsepersonelloven har også egne regler om taushetsplikt som er noe strengere enn reglene i forvaltningsloven.

Etter dette finner departementet ikke grunn til å unnta reglene i forvaltningsloven kapittel II og III når det gjelder kommunens virksomhet etter den nye loven. Departementet foreslår derfor en regel om at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens virksomhet, med de særreglene som følger av den nye loven, jf. lovforslaget § 2-3. Departementets forslag innebærer at forvaltningsloven vil gjelde i den grad den nye loven ikke regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte. Departementet viser her til "lex-specialis-prinsippet", som går ut på at særlovgivning ved eventuell motstrid går foran generelle regler. Departementet foreslår unntak fra reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven kapittel IV og V, jf. nedenfor. Det er også foreslått enkelte særregler om taushetsplikt, jf. punkt 9.3. I tillegg viser departementet til forslag om videreføring av dagens regelverk, herunder saksbehandlingsreglene, når det gjelder bruk av tvang, jf. særlig lovforslaget kapittel 10 og høringsnotatet kapittel 33 om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.

9.4.4 Avgjørelser om tildeling og avslag på hjelp – forvaltningsloven kapittel IV og V

Drøftelsen i dette punktet gjelder spørsmål om det bør gjøres unntak fra forvaltningsloven kapittel IV og V, som har regler som bare gjelder for enkeltvedtak. Disse kapitlene regulerer saksforberedelse ved enkeltvedtak, krav til skriftlighet, begrunnelse og underretning. Helselovgivningen skiller seg særlig fra forvaltningsloven når det gjelder reglene om forhåndsvarsel, begrunnelse, krav til skriftlighet og underretning om vedtak. En viktig årsak til at disse kravene ikke er innført i helsesektoren, er at det ville medføre mye merarbeid og bli svært tidkrevende å begrunne alle innvilgelser og avslag på helsehjelp i et skriftlig vedtak.

Et sentralt spørsmål er hvilke konsekvenser det vil få for den enkelte pasient og bruker helsepersonellet hvis forvaltningslovens regler om enkeltvedtak skal gjelde ved tildeling og avslag på krav om hjelp. Etter alminnelig rettsoppfatning anses ikke konsultasjoner, diagnostisering, behandling og henvisninger som enkeltvedtak, men som faktiske, eventuelt prosessuelle handlinger. Dette betyr at reglene om enkeltvedtak uansett ikke gjelder for disse handlingene. Bernt-utvalget presiserte i NOU 2004:18 at den store delen av helsetjenester som knytter seg til fastlegekonsultasjoner – anslått til i overkant av 11 millioner - stort sett gjennomføres uten at det er nødvendig med formell saksbehandling

fra kommunen. Departementet er enig i at det ikke er ønskelig å gjøre noen endring i dette.

Det kan hevdes at forvaltningsloven bør gjelde der tildelinger og avslag på tjenester skjer via et offentlig kontor og ikke direkte i møte mellom helsepersonell og den enkelte pasient eller bruker. Anvendelse av forvaltningsloven vil i så fall avhenge av hvordan kommunen velger å organisere tildeling av hjelp. Et eksempel er tildeling av fysioterapitjenester, som kan skje ved at fysioterapeuten innvilger et visst antall behandlingstimer etter at pasienten har fått en henvisning fra lege, eller ved at kommunen innvilger hjelp via et tildelingskontor. Et administrativt kommunalt vedtak vil skille seg fra tildeling direkte fra det enkelte helsepersonell ved at også kommunens økonomi, prioritering og eventuelt andre måter å tildele nødvendig hjelp på, kan trekkes inn i vurderingen. I tillegg blir administrative vedtak gjerne fattet etter forutgående søknad fra pasient eller bruker, og gjerne etter at det er foretatt nærmere medisinske og sosialfaglige vurderinger i tillegg til eventuelle hjemmebesøk. Ved tildeling av hjelp direkte fra det enkelte helsepersonell vil det avgjørende være helsepersonellets faglige vurdering av pasientens behov.

Det vil bli lagt ulike hensyn til grunn ved tildeling av tjenester i en tilnærmet øyeblikkelig hjelp situasjon og i tilfeller der kommunen mottar en søknad og har bedre tid til å foreta en mer omfattende vurdering av behovet sett opp mot alternative måter å gi et forsvarlig tjenestetilbud på. Det kan derfor være mest hensiktsmessig både for kommunen/tjenesteyterne og pasientene og brukerne at forvaltningslovens anvendelse knyttes opp mot hvor akutt hjelpebehovet er, eller om behovet er kortvarig eller av mer varig karakter. Unntaket fra forvaltningsloven i helselovgivningen skyldes særlig hensynet til at helsetjenesten må kunne iversette et avgrenset behandlingstilbud så raskt som mulig. Ved tildeling av tjenester av mer langsiktig eller varig karakter må det stilles strengere krav til opplysninger i saken, både om brukerens behov og bruk av offentlige ressurser. Her har forvaltningsloven saksbehandlingsregler som skal sikre en forsvarlig offentlig myndighetsutøvelse.

Etter en helhetsvurdering er departementet kommet til at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V som hovedregel ikke bør komme til anvendelse ved tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven. Dette vil gjelde både for kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenester. Departementet legger avgjørende vekt på at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten. Beslutninger om tildeling av helsehjelp vil ofte ikke være tidsmessig eller saklig atskilt fra helsepersonells øvrige virksomhet og vil i hovedsak ikke være slike avgjørelser som forvaltningsloven kapittel IV og V er ment å regulere. Dersom forvaltningslovens regler om enkeltvedtak som hovedregel skulle gjelde ved tildeling og avslag på helsehjelp, vil dette medføre tolkningsproblemer og avgrensningsspørsmål om hvilke beslutninger som skal anses om enkeltvedtak. Dessuten ville unntakene "overskygge" en hovedregel om at forvaltningsloven kapittel IV og V skal gjelde. Etter departementets vurdering er det mest hensiktsmessig at unntak fra reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V framgår direkte i loven.

Etter departementets vurdering bør imidlertid reglene om enkeltvedtak som utgangspunkt gjelde ved tildeling av hjelp som ytes på institusjon eller i hjemmet, og som strekker seg over et visst tidsrom. Tildeling av slik hjelp skjer som regel ikke i klinisk virksomhet, men som oftest via en egen enhet eller et tildelingskontor i kommunen. Etter departementets syn bør det imidlertid gjelde unntak fra reglene om enkeltvedtak ved tildeling av hjelp som skal dekke akutte eller kortvarige behov. I slike tilfeller er det behov for å ha fleksible og smidige ordninger, og departementet antar at det kan være hensiktsmessig å sette en grense ved tildeling av hjelp som gjelder et tidsom på maksimum to uker. Etter departementets vurdering er det tilstrekkelig at de øvrige reglene i forvaltningsloven, jf. også reglene i pasientrettighetsloven om rett til informasjon, medvirkning, klage mv. gjelder i disse tilfellene. Departementet ser at det kan være en risiko for at en slik regel kan virke som et insentiv til å innvilge ytelser for en kortere periode enn det andre hensyn tilsier, eventuelt innvilge hjelp over en periode på to uker, som bli avløst av en ny kort periode. Departementet vil understreke at hensikten med forslaget er å dekke behovet for å ha smidige regler i akuttsituasjoner. I de tilfellene det er behov for å innvilge hjelp i hjemmet eller på institusjon for en lengre periode, skal forvaltningslovens regler om enkeltvedtak følges.

Oppsummering

Det kan diskuteres hvor grensen bør gå mellom tildelinger der forvaltningslovens regler om enkeltvedtak bør følges og tildelinger der reglene om enkeltvedtak ikke bør følges. Departementets forslag går ut på at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak (kapittel IV og V) bare skal gjelde ved tildeling av hjelp som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker. Departementet ber særlig om tilbakemelding fra høringsinstansene til dette forslaget.

9.4.5 Nærmere om departementets forslag - lovforankring

Departementet foreslår at det tas inn en bestemmelse i den nye loven som presiserer at forvaltningsloven gjelder for kommunens virksomhet, med unntak for vedtak om hjelp etter § 3-2. Dette betyr at virksomhet som ikke gjelder avgjørelser om rett til kommunale helse- og omsorgstjenester, skal følge reglene i forvaltningsloven, både kapitlene om enkeltvedtak og de andre kapitlene. Forslaget innebærer en harmonisering med reglene i helseforetaksloven § 5, der det framgår at forvaltningsloven som hovedregel skal gjelde for foretakenes virksomhet, jf. punkt 9.3.3.

Retten til kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås regulert i en ny bestemmelse i pasientrettighetsloven § 2-1a, jf. punkt 20.5.3. Også saksbehandlingsreglene ved tildeling av hjelp vil etter departementets forslag bli regulert i pasientrettighetsloven. Departementet foreslår at regelen i pasientrettighetsloven § 2-7 første ledd endres, slik at det framgår at forvaltningsloven kapittel IV og V ikke skal gjelde for vedtak som treffes etter pasientrettighetsloven kapittel 2. Dette innebærer at de øvrige reglene i forvaltningsloven skal gjelde for enkeltvedtak. Forslaget gjelder både for kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenesten.

Som nytt andre ledd i pasientrettighetsloven § 2-7 foreslår departementet en regel som er avgrenset til å gjelde vedtak om hjelp etter den nye loven § 3-2. Ifølge dette forslaget skal forvaltningsloven gjelde for vedtak som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker.

Departementet foreslår også videreføring av unntak som i dag gjelder etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven om forholdet til konkurrerende søkere hvis flere samtidig søker om tjenester det er knapphet på, jf. punkt 9.1.3 og 9.1.4. Dette foreslås regulert i pasientrettighetsloven § 2-7 tredje ledd.

9.4.6 Samlet vedtak

Bernt-utvalgets forslag om samlet vedtak var ment som et nytt prosessuelt grep for å styrke rettsvirkningene av individuell plan. Lovfesting av plikt til å treffe et samlet vedtak kan være hensiktsmessig fordi den enkelte ikke har materielle rettigheter til innholdet i en individuell plan. På den annen side kan det være lite hensiktsmessig å lovfeste flere prosessuelle regler for å tvinge ulike instanser i kommunen til å samarbeide. Samlet vedtak kan føre til at innholdet i planen "drukner" i prosesser. Samlet vedtak kan føre til økt byråkratisering og uklare ansvarsforhold, særlig i forhold til endringer underveis i de enkelte tjenestene. I tillegg kan en plikt til å utarbeide samlet vedtak føre til lengre saksbehandlingstid og kompliserte klageregler som kan innebære at tjenestemottakeren avstår fra å klage. Etter departementets vurdering er intensjonen med utvalgets forslag om samlet vedtak god, men departementet finner at argumentene mot veier så tungt at samlet vedtak ikke bør innføres som en ny prosessuell ordning.

9.4.7 Forvaltningslovens anvendelse ved klagebehandling

Regulering av klageordning blir behandlet i kapittel 26. Spørsmål om hvilke saksbehandlingsregler som bør gjelde under klagebehandlingen, både for underinstansen/den som har truffet den avgjørelsen det klages over og for klageinstansen, blir nærmere vurdert i punkt 26.5.

9.5 Administrative og økonomiske konsekvenser

Departementets forslag om presisering av at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens virksomhet, med særregler som følger av den nye loven, er en videreføring av reglene i sosialtjenesteloven § 8-1. Pasientrettighetsloven og helsepersonelloven har rettssikkerhetsgarantier som er tilpasset helsetjenesten, og som i hovedsak tilvarer reglene i forvaltningsloven kapittel II og III. Disse reglene er imidlertid ikke spesielt tilpasset kommunehelsetjenesten. Forslaget innebærer en klargjøring i forhold til det som i dag framgår av kommunehelsetjenesteloven. Departementet legger til grunn at det ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser.

Departementet foreslår også en endring i pasientrettighetsloven § 2-7, slik at unntaket fra forvaltningsloven når det gjelder vedtak om hjelp, ikke skal gjelde hele loven, men bare kapittel IV og V, som regulerer enkeltvedtak. Også dette forslaget innebærer en

klargjøring av gjeldende rett og vil etter departementets vurdering ikke medføre økonomiske og administrative konsekvenser.

Ved tildeling av hjelp som gjelder plass på institusjon og tjenester som ytes i hjemmet, skal likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V gjelde hvis hjelpen strekker seg over et tidsrom på over to uker. Etter dagens regelverk gjelder forvaltningsloven ved tildeling av tjenester i hjemmet og ved tildeling av plass på institusjon, jf. sosialtjenesteloven § 8-1 og kommunehelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd. Forslaget innebærer en viss oppmykning ved at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak ikke skal gjelde ved tildeling av kortvarige tjenester i hjemmet, for eksempel hjemmehjelp, eller korttidsplass på institusjon, for eksempel på sykehjem. De øvrige reglene i forvaltningsloven og rettssikkerhetsgarantiene i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven vil imidlertid gjelde også i disse tilfellene.

Departementet legger til grunn at foreslagene samlet sett ikke vil innebære administrative og økonomiske konsekvenser av betydning.

10 Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester

10.1 Innledning

Gjennom desentralisering og utvikling av lokalt ansvar har kommunene fått en viktig rolle i fordeling av helse- og omsorgstjenester. I tråd med dette har lovgivningen pålagt kommunene ansvar for et vidt spekter av helse- og omsorgstjenester.

I dette kapitlet skal departementet vurdere hvordan kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester bør reguleres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I denne forbindelse er det relevant å skille mellom på den ene siden hvilke helse- og omsorgstjenester kommunene skal ha ansvar for å tilby befolkningen, og på den andre siden hvilke krav som skal stilles til kommunens planlegging og gjennomføring av dette ansvaret.

10.2 Gjeldende rett

10.2.1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd fremgår det at landets kommuner skal ”sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen”. Oppgaver som kommunehelsetjenesten skal omfatte og deltjenester som kommunen skal sørge for, fremgår av loven § 1-3 første ledd. Slike tjenester er blant annet legetjenester, legevaktordning, fysioterapitjeneste, sykepleie, jordmortjeneste og sykehjem. Etter sosialtjenesteloven § 10-1 skal kommunen ved sosialtjenesten ”yte tjenester etter loven til alle som oppholder seg i kommunen”. Slike tjenester er blant annet forebygging, boliger til vanskeligstilte, praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak

ved omsorgsarbeid, støttekontakt og tiltak for rusmiddelavhengige. I kapittel 11 gis en nærmere omtale av hvilke tjenester kommunen har ansvar for å tilby.

Kommunens ansvar for nødvendige helsetjenester er i loven avgrenset mot det statlige ansvaret for spesialisthelsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Videre er ansvaret avgrenset mot fylkekommunens ansvar, og da særlig i forhold til tannhelsetjenesten.

Utgangspunktet er at kommunen skal yte de tjenester som fremgår av kommunehelsetjenesteloven, og helseforetakene de tjenester som fremgår av spesialisthelsetjenesteloven. Det er likevel slik at lovene kun regulerer forholdet mellom de to tjenestenivåene på et mer overordnet nivå og det i praksis ikke er mulig å definere et skarpt skille mellom dem. Det vil følgelig alltid eksistere "gråsoner" mellom de to tjenestenivåene. For nærmere omtale av dette, se kapittel 12.

10.2.2 Regulering av hvordan kommunen ivaretar ansvaret

Kommunen er ansvarlig for at tjenestene ytes, men kan velge mellom enten selv å utføre tjenestene eller å inngå avtaler med private eller andre kommuner. Uansett hvem som faktisk utfører tjenestene overfor befolkningen, har kommunen ansvaret for at disse planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med lovgivningen. I dette punktet redegjøres det for hvilken aktivitet lovgivningen krever for at kommunen skal ivareta sitt ansvar på en systematisk og forsvarlig måte.

Etter kommuneloven § 5 om kommunal og fylkeskommunal planlegging skal kommunen utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomhet (kommuneplan). Dette omfatter også helse- og sosialtjenestene. Videre plikter kommunen å utarbeide en beredskapsplan for helse- og sosialtjenestene i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap, jf. sosialtjenesteloven § 3-6 og kommunehelsetjenesteloven § 1-5. Kommunene skal føre kontroll med egen virksomhet. Det overordnede kontrollansvaret er gjennom kommuneloven lagt til kommunestyret, jf. kommuneloven § 76.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 bestemmer at "*enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter*".

Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a skal kommunen "*planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift*". I forarbeidene til bestemmelsen, Ot.prp. nr. 13 (1998-1999), uttales det at kommunene har det overordnede ansvar for kvalitetssikringsarbeidet i de enkelte virksomheter, og for at helsetjenestetilbudet organiseres på en helhetlig måte. Bestemmelsen bygger videre på de forventningene til kommunene som er omtalt i forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven, jf. Ot. prp. nr. 36 (1980-1981) og Ot. prp. nr. 66 (1981-1982). Her uttales det at kommunene har et planleggings- og driftsansvar for å påse at den daglige drift av tjenestene skjer i samsvar med lover og forskrifter. Kommunene vil også ha et økonomisk ansvar for tjenestene og

må derfor utarbeide og vedta budsjett for virksomhetene. Endelig vil kommunene ha et arbeidsgiveransvar for de ansatte i tjenesten.

Ifølge sosialtjenesteloven § 2-1 andre ledd skal kommunen føre internkontroll for å sikre at virksomhet og tjenester etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7 er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten.

Med hjemmel i disse bestemmelsene er det fastsatt forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Det fremgår av forskriften § 3 at det med internkontroll menes systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. Det nærmere innholdet i internkontrollen fremgår av forskriften § 4. Internkontroll angår virksomhetenes systemer for ledelse og styring. Det er et lederansvar, og omtales i enkelte sammenhenger som styringssystemer. Organiseringen av tjenestetilbudet kan variere. Kravet om å føre internkontroll omfatter imidlertid alle former for organisering, herunder kommunale, interkommunale og private tjenesteytere. Internkontrollkravet gjelder for så vel kommunens overordnede styring av helse- og sosialtjenesten som for den enkelte deltjeneste.

10.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

Bernt-utvalget foreslo i NOU 2004:18 å ta inn krav i den nye loven om at kommunen skal føre internkontroll for å sikre at virksomhet etter loven oppfyller tjenestemottakernes behov og er i overensstemmelse med lover, forskrifter og vedtak i medhold av lov. Blant høringsinstansene var det generell støtte til at det må gjelde et lovbestemt krav om internkontroll.

10.4 Departementets vurdering og forslag

10.4.1 Kommunens overordnede ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal ”sørge for” nødvendig helsetjeneste ifølge kommunehelsetjenesteloven og ”yte tjenester etter” sosialtjenesteloven. Forslag om en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal harmonisere dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, bør også innebære at reguleringen av kommunens overordnede ansvar for tjenestene samles og harmoniseres.

Begrepene helsetjeneste og sosialtjeneste foreslås i punkt 6.5.1 erstattet med fellesbegrepet ”helse- og omsorgstjenester”. Dette må gjenspeiles i den overordnede ansvarsbestemmelsen. Likeledes bør bestemmelsens ordlyd tydelig vise at kommunen i betydelig grad har anledning til selv å velge hvordan tjenestene skal organiseres. Dette oppnås bedre ved å forplikte kommunen til å ”sørge for” tjenester enn ved å forplikte kommunen til å ”yte” tjenester. Det vil videre være fordelaktig å kunne regulere ansvaret på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten. Sosialtjenesteloven omfatter alle som oppholder seg i kommunen, mens kommunehelsetjenesteloven omfatter alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Departementet legger til grunn at de to

beskrivelsene i all hovedsak omfatter den samme personkretsen. Departementet foreslår på denne bakgrunn at kommunen skal *"sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester"*, jf. lovforslaget § 3-1 første ledd.

Begrepet "sørge for" pålegger kommunen ansvaret for at tjenestene gjøres tilgjengelige for de som har rett til å motta tjenester. Kommunene skal fortsatt kunne velge om de ønsker å utføre de nødvendige tjenestene selv eller inngå avtale om dette med andre. Departementet foreslår å tydeliggjøre dette i lov, jf. ny lov § 3-2 andre ledd. Kommunene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud.

Rammene for ivaretakelsen av ansvaret og den aktiviteten som kommunene må utvise, følger av lovgivningen for øvrig. Innen disse rammene velger kommunene selv hvordan de vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov. Hvilke tjenester kommunen plikter å gjøre tilgjengelig for befolkningen vil følge av en tolkning av begrepet "helse- og omsorgstjenester". Utgangspunktet her er den enkeltes rettigheter etter lovgivningen. I høringsnotatets kapitler 20 og 21 er det redegjort nærmere for pasienters og brukeres rettigheter. I tillegg til det som er rettighetsfestet på individnivå, skal kommunen også sørge for andre tjenester eller ivareta andre oppgaver, for eksempel forebygging og helsefremmende arbeid. Kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester må også avgrenses oppad mot det spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for, se nærmere om dette ovenfor under punkt 10.2.1 og kapittel 25 om lovpålagte samarbeidsavtaler.

Kommunen skal "sørge-for" helse- og omsorgstjenester til personer som "*bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen*". Dette innebærer at ansvaret også omfatter en person som kun oppholder seg kortvarig i en kommune, for eksempel i forbindelse med ferie. Det er imidlertid en forutsetning for kommunens ansvar at personen har rett til helsehjelp i landet. Dette vil hovedsaklig bestemmes av pasientrettighetsloven. Spørsmålet om hvem som omfattes av rett til tjenester fra kommunen er særlig relevant for personer uten lovlig opphold i landet. Personer uten lovlig opphold vil i noen grad ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Grensene for ansvaret er imidlertid uklare. Departementet tar om kort tid sikte på å sende på høring et forslag om presisering av virkeområde for pasientrettighetslovens kapittel 2, ved en endring i prioriteringsforskriften, for å klargjøre hvilken rett personer som oppholder seg ulovlig i landet har til helsetjenester. Se kapitlene 28 og 29 for omtale av det økonomiske ansvaret.

Forslaget til lovregulering av kommunens overordnede ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester er en videreføring og presisering av gjeldende rett.

10.4.2 Nærmere om hvordan kommunene skal ivareta ansvaret

For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevant lov og forskrift. Disse tiltakene følger allerede av gjeldende regelverk om internkontroll.

Av pedagogiske grunner foreslår departementet at den systematiske tilnærmingen til det å sørge for helse- og omsorgstjenester fremgår av én lovbestemmelse i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Tiltakene er grunnleggende forutsetninger for styring av den kommunale virksomheten og departementet foreslår derfor at dette presiseres i bestemmelsen om kommunens ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester. Ordlyden tar dermed opp i seg de grunnleggende kravene til styring som allerede fremgår av blant annet internkontrollforskriften. Dette tydeliggjør ansvaret.

På denne bakgrunn foreslår departementet å lovfeste i ny lov § 3-1 andre ledd at kommunens ansvar for å sørge for de aktuelle tjenestene innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift.

Krav til planlegging innbærer at kommunen må vurdere og analysere behovet for helse- og omsorgstjenester og legge planer for hvordan behovet skal dekkes. Kommunen må videre analysere og vurdere behovet for personell og kompetanse, og legge planer for rekruttering og kvalitetsutvikling for til enhver tid å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester som dekker behovet i kommunen. *Krav til gjennomføring* innebærer at kommunen har ansvar for at helse- og omsorgstjenesten blir organisert og gjennomført i tråd med kommunens vedtatte planer, at helse- og omsorgtjenesten som tilbys er forsvarlig og at befolkningens behov for tjenester blir dekket. *Krav til evaluering* innebærer at kommunen har ansvar for å evaluere gjennomføringen av tjenestetilbudet systematisk. Innspill til å gjennomføre evaluering av tjenestetilbudet kan komme fra flere hold, blant annet gjennom klager fra tjenestemottakere, opplysninger fra helsepersonell, fra tilsynsmyndigheten, brukerundersøkelser og kontrollutvalgets forvaltningsrevisjon. *Krav til korrigering* innebærer at kommunen har ansvar for å korrigere uforsvarlige og uønskede forhold. Kommunen må iverksette tiltak dersom evaluering av tjenestetilbudet, tilsyn eller andre forhold viser at kommunens tjenestetilbud ikke er tilstrekkelig eller forsvarlig.

Hjemlene i kommunehelsetjenesteloven § 1-3a og sosialtjenesteloven § 2-1 tredje ledd om at Kongen kan gi forskrifter om ansvaret, herunder forskrifter om internkontroll, foreslås videreført i ny lov. Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten videreføres uten materielle endringer. Det vises for øvrig til omtale i punkt 19.6.4. hvor det vurderes å endre internkontrollforskriftens tittel til forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenesten for å tydeliggjøre den reelle betydningen av kravene.

10.4.3 Endring av tilsynsloven

Etter tilsynsloven § 3 første ledd skal enhver som yter "*helsetjeneste*" etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. I ny lov gjelder kommunens ansvar "helse- og omsorgstjenester". Departementet foreslår derfor å endre tilsynsloven § 3 første ledd slik at bestemmelsen skal gjelde for enhver som yter "helse- og omsorgstjeneste".

10.4.4 Om ansvaret for regionale helseforetak

Departementet ser også behov for en harmonisering av de forventningene som kan stilles til kommunenes og de regionale helseforetakenes systematiske tilnærming til sine respektive ansvar. I det følgende omtales derfor enkelte endringsforslag av betydning for de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene utfører ikke selv spesialisthelsetjeneste, men overlater den utøvende virksomheten til egne helseforetak eller til private etter avtale. Tilsynsloven § 3 gjelder enhver som *"yter"* helsetjeneste. Det har på denne bakgrunn blitt stilt spørsmål ved om regionale helseforetak er forpliktet til å rette seg etter bestemmelsen i tilsynsloven om internkontroll. I brev av 26. november 2007 konkluderte Helsedirektoratet, i samråd med departementet og Statens helsetilsyn, med at også regionale helseforetak er forpliktet til rette seg etter bestemmelsen i tilsynsloven om internkontroll. Departementet ønsker å presisere dette i spesialisthelsetjenesteloven.

Det er videre behov for, på samme måte som for kommunene, å tydeliggjøre de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Det er ingen grunn til å ha ulik regulering av grunnleggende styringsprinsipper for kommunene og de regionale helseforetakene.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å presisere i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, nytt andre ledd, at det regionale helseforetakets ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift.

10.5 Departementets vurdering av privat virksomhet i kommunehelsetjenesten

Når det gjelder § 4-1 første og annet ledd i dagens kommunehelsetjenestelov er departementet av den oppfatning at en kommune i normale tilfeller alltid vil inngå en avtale dersom kommunen ønsker at en selvstendig næringsdrivende eller et selskap skal yte helse- og omsorgstjenester for kommunen, uavhengig om dette er et krav i loven eller ikke. For eksempel dersom en kommune finner det hensiktsmessig å inngå samarbeid med en kiropraktor, er det departementets klare oppfatning at kommunen vil inngå en avtale med tjenesteyteren. Departementet finner det da unaturlig å ha en særskilt lovbestemmelse som kun regulerer krav om avtaleinngåelse med privatpraktiserende lege, fysioterapeut eller jordmor. For selvstendige næringsdrivende leger og fysioterapeuter som yter tjenester for kommunen følger kravet om avtale av sentrale rammeavtaler mellom profesjonsforeningene og KS.

Når det gjelder refusjon fra folketrygden for helsetjenester er dette regulert i folketrygdlovens kapittel 5. I de ulike bestemmelsene i folketrygdloven er det et vilkår for refusjon at behandleren har driftsavtale med kommunen og det vises til kommunehelsetjenesteloven § 5-1 andre ledd. Sistnevnte bestemmelse vil departementet foreslå å videreføre, jf. lovforslaget § 12-1 tredje ledd. I lovforslaget § 3-2 andre ledd presiseres det at tjenester kommunen har ansvar for etter denne loven, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Hvilke

tjenesteytere som kan kreve refusjon følger av folketrygdlovens kapittel 5, og omtales nærmere under kapittel 29 i høringsnotatet. Det vil si at det er folketrygdloven som regulerer forholdet til refusjon, og ikke kommunehelsetjenesteloven.

På denne bakgrunn mener departementet at bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4-1 første og annet ledd må anses å være overflødig, og ser ikke et behov for å videreføre bestemmelsen. Det vil skape samsvar med spesialisthelsetjenesteloven som ikke har en bestemmelse tilsvarende dagens kommunehelsetjenestelov § 4-1, men hvor det fremgår av § 2-1a fjerde ledd at helseforetakene kan yte de lovpålagte tjenestene selv eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere. Departementet mener en slik bestemmelse er tilstrekkelig også for å regulere forholdet til private tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Som nevnt vil folketrygdlovens kapittel 5 regulere hvilke tjenesteytere med driftsavtale som kan kreve refusjon av folketrygden som følge av pasientbehandling.

Departementet ser likevel et behov for å videreføre dagens kommunehelsetjenestelov § 4-1 tredje ledd, hvor det fremgår at avtaler om å yte helse- og omsorgstjenester for kommunen ikke kan overdras. Selv om dette også kunne vært regulert i de enkelte avtalene, mener departementet at dette er et så viktig prinsipp at det bør lovfestes. Departementet er av den oppfatning at avtaler om å yte tjenester for det offentlige mot kompensasjon ikke skal være gjenstand for omsetning i det private markedet.

Bestemmelsen i dagens kommunehelsetjenestelov § 4-2 uttaler at kommunen skal kunngjøre stillingen dersom kommunen ønsker en ny privatpraktiserende lege, fysioterapeut eller jordmor, og at stillingen skal tilbys den som er best faglig skikket. I den forbindelse kan departementet gi nærmere forskrift om privat virksomhet, om kunngjøring av ledig praksis, om fremgangsmåten ved valg blant søkere og om avtalevilkår.

Ved ansettelse i offentlig stilling må det være slik at siktemålet er å ansette den som er best faglig egnet til stillingen, uavhengig av om det er fast ansettelse i kommune eller inngåelse av kontrakt med selvstendig næringsdrivende. Det er ikke gitt noen generell lovbestemmelse med krav om offentlig utlysning ved ansettelse i kommunal sektor. Det følger likevel av det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet at hovedregelen er krav om utlysning av offentlige stillinger og at den best kvalifiserte søkeren skal få stillingen. Sivilombudsmannen uttaler i sak 2007/1957 at:

> ”Det følger av dette prinsippet at stillingen må kunngjøres på en slik måte at det blir allment kjent at stillingen er ledig, slik at mulige og aktuelle kandidater får en oppfordring til å søke eller melde sin interesse. Likhetsprinsippet tilsier også at alle potensielt kvalifiserte kandidater gis lik mulighet til å søke en stilling i det offentlige.”

Kravet i kommunehelsetjenesteloven § 4-2 først ledd viser kun til inngåelse av avtale med privatpraktiserende lege, fysioterapeut og jordmor. Tildeling av avtalehjemmel er ikke en ansettelse, men må likevel bygge på en vurdering som i det vesentlige er lik den som gjelder ved tilsettinger. Departementet er av den oppfatning at det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet må få anvendelse selv om det er tale om inngåelse av en avtale

med en selvstendig næringsdrivende. Det kan ikke være avgjørende for vurderingen hvorvidt det er tale om en tildeling av avtalehjemmel eller en fast ansettelse når en kommune for eksempel skal ha en ny fysioterapeut. En slik betraktning har også Sivilombudsmannen lagt til grunn flere saker som gjelder tildeling av avtalehjemler. Sivilombudsmannen uttaler i sak 2006/33 at

> "Jeg har i flere tidligere saker lagt til grunn at tildelingen av avtalehjemler for leger og fysioterapeuter m.v. må bygge på en vurdering som i det vesentlige er lik den som gjelder ved tilsettinger, jf. bl.a. ombudsmannens årsmelding for 2004 side 112-116. Innholdet i kvalifikasjonsvurderingen som skal foretas i tilsettingssaker kan formuleres slik:
>
> Siktemålet vil normalt være å finne frem til den av søkerne som etter en skjønnsmessig helhetsvurdering må anses som best kvalifisert. Ved vurderingen tas utgangspunkt i kvalifikasjonskravene som er fastsatt i utlysningsteksten, samt eventuelle lov- og avtalefestede krav. For øvrig vil sentrale momenter være utdanning, praksis og personlig skikkethet."

Videre er det lagt til grunn i Rt.2009 s.1319 at tildeling av avtalehjemmel er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 første ledd. Det vil si at forvaltningslovens regler om saksforberedelse, vedtak, klage og omgjøring kommer til anvendelse i saker som gjelder tildeling av avtalehjemmel.

Departementet er på denne bakgrunn i tvil om det er et behov for lovfesting av krav til utlysning og at stillingen skal tilbys den som er best faglig skikket ved tildeling av avtalehjemmel til privatpraktiserende lege, fysioterapeut eller jordmor. Kravene gjelder jo som nevnt enhver yrkesgruppe i kommunal sektor. Det kan derfor etter departementets oppfatning fremstå som unaturlig at det er lovfestede krav til utlysning og faglig skikkethet som kun regulerer privatpraktiserende leger, fysioterapeuter og jordmødre innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder særlig når denne loven tilstreber å være profesjonsnøytral. Det ville naturligvis vært mulig å lovfeste kravene for enhver yrkesgruppe som inngår avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester. Departementet er likevel av den oppfatning at slike forvaltnings- og kontraktsrettslige problemstillinger ikke bør løses i ny lov om helse- og omsorgstjenester. Departementet vil derfor ikke foreslå å videreføre dagens kommunehelsetjenestelov § 4-2 første ledd.

Dette må også ses i sammenheng med at departementet vil foreslå en hjemmel for å kunne gi forskrift om privat helsevirksomhet i kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav, jf. lovforslaget § 3-2 siste ledd. Det vil si at kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd foreslås videreført. Dette spesielt for å kunne regulere hvordan og hvilke kriterier som skal gjelde ved tildeling av avtalehjemler til særlig fastleger og fysioterapeuter. Det kan også bli aktuelt å innføre kvalitets- og funksjonskrav for andre tjenesteytere enn fastlege, for eksempel for private fysioterapeuter med driftsavtale.

10.6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementets forslag til lovendringer i dette kapitlet skal videreføre og presisere det ansvaret som fremgår av gjeldende rett. Forslagene til lovregulering av kommunenes ansvar innebærer at de grunnleggende kravene til styring løftes tydeligere frem i ny lov. Bestemmelsene vil således ikke innebære økonomiske konsekvenser. Forslagene antas heller ikke å ha administrative konsekvenser.

11 Kommunens plikt til å tilby eller yte konkrete helse- og omsorgstjenester

11.1 Overordnet om gjeldende rett

11.1.1 Innledning

Dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven består av en kombinasjon av rettighets- og pliktbestemmelser. I tillegg er det slik at kommunehelsetjenestelovens innhold må sees i sammenheng med de rettigheter som følger av annen relevant lovgivning, særlig pasientrettighetsloven.

Som det vil fremgå foreslår departementet at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal utformes som en mer rendyrket pliktlov for kommunen, mens den enkeltes rettigheter i størst mulig grad samles i pasientrettighetsloven, se for øvrig nærmere i kapittel 20 og 21. Dette får også betydning i tilfeller der det kan stilles spørsmål ved om en person er rettighetshaver, for eksempel dersom han/hun oppholder seg ulovlig i landet. Det må da slås fast at vedkommende er rettighetshaver etter pasientrettighetsloven før kommunens plikter i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester inntrer.

11.1.2 Regelverkets struktur og enkelte hovedforskjeller

Regelverket for henholdsvis helse- og sosialsiden har en rekke strukturelle forskjeller. I helseretten er bestemmelser som regulerer kommunenes plikter, organisatoriske forhold, pasienters rettigheter og helsepersonells plikter, hovedsakelig regulert i ulike lover som for eksempel kommunehelsetjenesteloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. I sosialtjenesteloven er alle disse forholdene i utgangspunktet regulert i samme lov. I ulik grad vil i tillegg forvaltningslovens bestemmelser komme til anvendelse både på helse- og sosialsiden.

Når det gjelder den materielle retten til tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven blir innholdet i denne i praksis tolket tilnærmet likt. Den enkeltes rettskrav på nødvendige tjenester på et forsvarlig nivå baseres på en individuell vurdering av behov. Reglene i sosialtjenesteloven skiller seg fra reglene i kommunehelsetjenesteloven ved at det er angitt kriterier for når en person har krav på hjelp. I tillegg er det i sosialtjenesteloven angitt hva slags hjelp vedkommende har krav på.

En del av de ulike løsningene i de to tjenestelovene har særlig sammenheng med det sektorskille som i dag eksisterer mellom sosial- og helsesektoren. Uavhengig av dette er det imidlertid på enkelte områder klare forskjeller disse lovene imellom.

Etter kommunehelsetjenesteloven er Helsetilsynet i fylket *klageinstans*, mens Fylkesmannen er klageinstans etter sosialtjenesteloven. Samme tjenestemottaker kan motta tjenester etter begge lovene og vil derfor kunne ha to klageinstanser og regelsett å forholde seg til i samme klagesak. Etter begge tjenestelover har personellet *taushetsplikt* etter forvaltningsloven, mens helsepersonell i tillegg har en profesjonsbestemt taushetsplikt som følger av helsepersonelloven. Regelverket er bestemmende for kommunikasjon mellom administrasjonen/ulike tjenesteytere og den enkelte tjenestemottaker. Når det gjelder *personellbestemmelser* fremkommer kravene og pliktene til helsepersonell av helsepersonelloven, mens sosialpersonells virksomhet ikke er regulert på samme måte. For *regelverk knyttet til institusjoner* gjelder forskrift 14. november 1988 nr. 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetjenesteloven, mens sosialtjenesteloven kapittel 7 og forskriften til denne, forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til lov om sosiale tjenester m.v., gjelder boliger med heldøgns omsorgstjenester, herunder aldershjem. Omsorgsboligene er ikke regulert som en egen tjeneste eller institusjon, men tjenestene som ytes der følger de alminnelige bestemmelsene i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

11.1.3 Organisering av tjenestene

Sosiale tjenester

Kommunen står som hovedregel fritt til å bestemme hvordan oppgavene etter sosialtjenesteloven skal organiseres. Reglene i sosialtjenesteloven § 4-2 innebærer et krav om at kommunene må ha et tilbud som omfatter de tjenestene som er listet opp i bestemmelsens bokstav a – d, men loven stiller generelt ikke uttrykkelige krav til organisering eller kompetanse hos tjenesteyterne. Unntak er de spesifikke kravene i lovens kapittel 4A (jf. for eksempel § 4A-9) og plikt til også å tilby praktisk bistand organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA), jf. § 4-2 bokstav a).

Sosialtjenesteloven kapittel 7 har nærmere regler om kommunenes ansvar for planlegging, etablering og drift av boliger med heldøgns omsorgstjenester. Her er det presisert at flere kommuner kan samarbeide om disse oppgavene, og at departementet kan påby slikt samarbeid hvis det er påkrevd for å sikre tjenesten, jf. § 7-5.

Selv om ansvaret for enkelttjenester etter sosialtjenesteloven er lagt til kommunen, innebærer ikke det at kommunen må være ansvarlig for driften av tjenestene. Det er lagt til grunn i loven at organiseringen og gjennomføringen av tjenestene kan skje av andre aktører enn det offentlige. Dette kommer til uttrykk blant annet i sosialtjenesteloven § 7-5, der det er presisert at kommunen kan inngå avtale med private eiere om å disponere plasser i boliger med heldøgns omsorgstjenester. Det er også gitt egne regler i bestemmelsen om hva en slik avtale må inneholde. I sosialtjenesteloven § 3-3 er det presisert at sosialtjenesten bør samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som sosialtjenesten.

Uavhengig av om kommunen overlater ansvaret for å utføre tjenestene til andre, har kommunen fortsatt ansvaret for at det er etablert et tjenestetilbud med tilfredsstillende kvalitet, og at det finnes i et slikt omfang at det dekker kommunens behov. Kravet om faglig forsvarlig virksomhet gjelder uansett.

Helsetjenester

I likhet med det som gjelder etter sosialtjenesteloven, har kommunen ansvar for å organisere og yte tjenester som den er pålagt etter kommunehelsetjenesteloven. Kommunen står som hovedregel fritt til å bestemme hvordan oppgavene etter kommunehelsetjenesteloven skal organiseres.

Kommunehelsetjenesteloven stiller flere krav til ansattes kompetanse og til organiseringen av tjenestene enn sosialtjenesteloven. Det vises til oppregningen av tjenester i kommunehelsetjenesteloven § 1-3, der det er bestemt at kommunen blant annet skal sørge for allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, sykepleie og jordmortjeneste. I denne opplistingen ligger det innbakt profesjonskrav til de som skal utføre tjenestene. I forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste stilles det utdanningskrav til ulike stillinger innenfor sykepleie- og helsesøstertjenesten. Blant annet skal faglig leder for hjemmesykepleien være offentlig godkjent sykepleier. I forskrift 14. november 1988 nr. 932 om sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften) stilles det krav til bemanning i disse boformene. I tillegg stiller sykehjemsforskriften krav til utforming av sykehjem.

Kommunen kan organisere tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd. Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 4-1 første ledd at den som vil drive praksis som allmennlege, fysioterapeut eller jordmor, må ha avtale med kommunen dersom utgifter til helsehjelp helt eller delvis skal kunne godtgjøres av kommunen. Kommunen kan også inngå avtaler med organisasjoner, institusjoner, selskap mv. om privat helsevirksomhet, som for eksempel drift av sykehjem, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4-1 annet ledd.

Hovedmodellen i fastlegeordningen er at fastlegen er selvstendig næringsdrivende med avtale med kommunen (ca 94 prosent av fastlegene er privatpraktiserende, de resterende 6 prosent er ansatte i kommunen). Privat fysioterapivirksomhet med kommunale driftsavtaler og refusjon fra folketrygden utgjør også hovedtyngden av fysioterapitjenester i kommunen (ca 2/3-deler). I forhold til disse sentrale helsetjenestene er det dermed private yrkesutøvere som dominerer tjenesteutøvelsen. Kommunens oppfølging av organiseringen av og innholdet i allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten vil i hovedsak skje gjennom utforming av de individuelle avtalene. Personell som utfører pleie- og omsorgstjenester i og utenfor institusjon er i større grad ansatt i kommunen.

Det er i loven ikke detaljregulert hvordan virksomheten skal organiseres for å få drifts-tilskudd fra kommunen. Dette er overlatt til partene å avtalefeste i de individuelle drifts-avtalene. Det er i tillegg gitt nærmere bestemmelser i sentrale, kollektive avtaler som er inngått mellom KS/Oslo kommune og henholdsvis Den norske legeforening og Norsk

Fysioterapeutforbund. Antallet fastlegeavtaler/driftsavtaler som kommunen kan inngå, er delvis regulert ved lov eller av sentrale myndigheter, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1a om legefordeling til kommunehelsetjenesten hvoretter departementet årlig fastsetter en samlet ramme for antall nye legestillinger i kommunehelsetjenesten og antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet. Den enkelte kommune må ansette personell eller inngå det antall driftsavtaler som er nødvendig for å gi et faglig forsvarlig tilbud.

Som nevnt følger det av kommunehelsetjenesteloven § 4-1 første ledd at den som vil drive praksis som allmennpraktiserende lege, fysioterapeut eller jordmor må ha avtale med kommunen der vedkommende vil ha sitt kontor eller hovedvirke, dersom utgifter til helsehjelp helt eller delvis skal dekkes av kommunen. Leger, fysioterapeuter eller jordmødre kan riktignok drive privat praksis uten avtale med kommunen, men pasienten må da betale fullt ut og vil ikke ha rett på refusjon fra kommunen eller folketrygden. Disse vil da naturligvis heller ikke inngå i det offentlige helse- og omsorgstilbudet.

I annet ledd fremgår det at en organisasjon, institusjon, selskap eller lignende som vil drive privat helsevirksomhet på områder som er omfattet av kommunehelsetjenesteloven § 1-3, må ha avtale med kommunen om dette, dersom utgifter til helsehjelp helt eller delvis skal dekkes av kommunen.

Avtaler med kommunen om ytelse av kommunehelsetjenester kan ikke overdras, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4-1 siste ledd.

I kommunehelsetjenesteloven § 4-2 fremgår det at dersom en kommune ønsker en ny privatpraktiserende lege, fysioterapeut eller jordmor, skal den kunngjøre at interesserte kan melde seg. Avtale skal inngås med den som er best skikket. Departementet er gitt hjemmel til å gi nærmere forskrifter om privat helsevirksomhet i kommunene, om kunngjøring av ledig praksis, om framgangsmåten ved valg blant søkere og om avtalevilkår.

Det er kommunens ansvar å organisere helsestasjonsvirksomhet og helsetjeneste i skoler, og dekke alle utgifter til disse oppgavene. Kommunen skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene som skal utføres, og ha en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom disse. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesteloven § 3-5 pålegger kommuner å ansette en eller flere kommuneleger. Kommunelegens oppgaver er nærmere presisert i Ot.prp. nr. 60 (1993-94), jf. proposisjonens side 20-23. Kommunelegens hovedfunksjon er å være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten, øvrig administrasjon og politiske organer i kommunen. Det er et krav at kommunelegens tilrådning og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap. Kommunelegen er også tillagt en rekke oppgaver i flere lover og forskrifter, jf. nærmere om dette i kapittel 15.

Miljørettet helsevern er en kommunal oppgave, og kommunen kan organisere oppgavene slik den finner det hensiktsmessig. Myndighet til å gi pålegg om retting, tvangsmulkt, stansing m.v. ligger i loven til kommunestyret, men kan delegeres til andre folkevalgte utvalg, eller til administrasjonen etter kommunelovens regler. Ivaretakelse av oppgavene, herunder myndighetsutøvelse kan også delegeres til interkommunale organer.

11.2 Gjeldende rett – helsetjenester

11.2.1 Innledning

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 gir en oversikt over hvilke konkrete oppgaver og tjenester som kommunen har ansvar for å ivareta. I tillegg til de lovpålagte tjenestene står kommunen fritt til å tilby andre tjenester som anses nødvendige og/eller mer hensiktsmessige. Dette følger av hovedprinsippene i lov 25. september 1992 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) om kommunens frihet til å utforme tjenestetilbudet og organisere tjenestene, men kommer også direkte til uttrykk i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd hvor det fremgår at når det gjelder sprøyterom er det opp til den enkelte kommune å avgjøre om den ønsker å søke om å få etablere en slik tjeneste.

Kommunens ansvar må også sees i samsvar med kommunehelsetjenestelovens formålsbestemmelse i § 1-2. Det fremgår her at kommunen ved sin helsetjeneste skal:

> "fremme folkehelse og trivsel og gode sosial og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen."

Kommunens helsetjeneste skal ha oversikt over både helsetilstanden i kommunen og de forhold som kan tenkes å påvirke denne, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4. En slik oversikt baseres på:

- nasjonale og regionale informasjonskilder som er relevant for den enkelte kommune, jf. blant annet Helsedirektoratets kommunehelseprofilportal, data fra helseforetakene etc.,
- kommunens egne kartlegginger der hvor slik kartlegging er nødvendig for å få tilstrekkelig med informasjon, samt
- sammenstilte erfaringer basert på helsetjenestens øvrige aktiviteter som tilsyn, skolehelsetjenesten, møte med pasienter, klager og andre henvendelser etc.

Oversikten skal være av en slik art og omfang at kommunen kan planlegge og innrette helsetjenesten slik at den dekker befolkningens behov for helsetjenester, samt at kommunen kan iverksette hensiktsmessige tiltak for å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer.

For å kunne iverksette hensiktsmessige tiltak skal oversikten blant annet omfatte en vurdering av forhold som påvirker helsen positivt eller negativt, årsaken til disse forholdene, en vurdering av betydning av helseeffekter av påvirkningsfaktorene, samt

forslag til mulige helsefremmende, forebyggende eller avbøtende tiltak, jf. blant annet forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern § 5.

Basert på denne oversikten samt på kommunens helsefaglige kompetanse skal tjenesten iverksette tiltak, samt medvirke til at helsemessig forhold blir ivaretatt av andre offentlige organer som har en virksomhet med betydning for folkehelsen. En slik medvirkning består av å gi råd og uttalelser samt deltakelse i plan- og samarbeidsorganer. For eksempel i forhold til arealplanlegging kan dette omfatte sikring av drikkevannskilder, trygg skolevei, gode sosiale og miljømessige forhold ved etablering av nye boområder og lignende.

Videre har helsetjenesten en plikt til å gi informasjon til andre myndigheter som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen jf. arbeidsmiljøloven, produktkontrolloven, forurensningsloven og genteknologiloven, dersom de blir kjent med forhold som er av helsemessig betydning.

11.2.2 Legetjenester, herunder legevakt, fastlegeordning og samfunnsmedisin

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 at kommunens helsetjeneste skal fremme helse og forebygge sykdom, skade og lyte. Sett fra den enkelte brukers ståsted vil dette ofte innebære undersøkelse, diagnostisering, behandling og oppfølging av konkrete tilfeller av sykdom, skade eller lyte. Av § 1-3 første ledd nr. 5 følger det at kommunens helsetjeneste også skal gi hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner.

For å løse disse oppgavene skal kommunen etter § 1-3 annet ledd nr. 1 ha en allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning, legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste. I tillegg skal kommunen etter kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tilsette kommunelege.

Den kommunale legetjenesten omfatter *allmennlegetjeneste* og *samfunnsmedisinsk arbeid,* og er nærmere beskrevet i Ot.prp. nr. 99 (1998-1999) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen), jf. også St.prp. nr. 1 (2006-2007).

Allmennlegetjenesten omfatter fastlegeordningen, allmennmedisinsk legearbeid (legearbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem, fengsler og asylmottak mv.) og 24 timers kommunal legevakt hele året. Allmennlegetilbudet til befolkningen er blant annet organisert som en fastlegeordning. Innbyggerne har rett til å kunne være tilknyttet en fast lege eller en legepraksis og kommunen er forpliktet til å tilby innbyggerne en fast lege eller legepraksis. Fastlegen har ansvar for allmennlegetilbudet til personer på sin liste, herunder for øyeblikkelig hjelp til disse på dagtid. Departementet viser for øvrig til høringsnotatets kapittel 16 hvor det er redegjort nærmere for fastlegeordningen og fastlegenes rolle.

Samfunnsmedisinske oppgaver er som nevnt en del av legearbeidet i kommunen. I hovedsak utføres dette arbeidet av leger i stillinger som kommunelege I. De samfunnsmedisinske oppgavene omfatter blant annet:

- Helseovervåking og epidemilogiske oppgaver
- Oppgaver innen kartlegging, forskning, fagutvikling og undervisning
- Medisinskfaglig rådgivning etter lovverk og arbeidsgiverinstruks
- Medisinskfaglig ansvar for helsetjenester etter arbeidsgiverinstruks/administrative oppgaver
- Smittevern og miljørettet helsevern
- Analysere de helsemessige konsekvenser av ulike tiltak i samfunnet. Samsykdommer med stikkord som samferdsel, samliv og samarbeid og trafikkulykker, familieendringer, ensomhet og arbeidslivsproblemer, - som følger samfunnsutviklingen og går på å redusere innslaget av tilfeldigheter og bivirkninger av ulike aktiviteter
- Helsemessig beredskap/ABC beredskap/planarbeid
- Øvrige oppgaver og myndighet etter en rekke lover og forskrifter

11.2.3 Legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 2 og nr. 7 framgår at kommunen skal sørge for legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste. Den kommunale *legevaktordningen* skal være en organisert virksomhet som skal sikre befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Legevaktordningen skal bestå av et fast legevaktnummer, legevaktsentral og lege i vaktberedskap. Kommunal legevakt er en integrert del av allmennlegetjenesten og utgjør sammen med *medisinsk nødmeldetjeneste* og *ambulansetjenesten* den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus. Ambulansetjenesten er en statlig oppgave som er omfattet av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 4.

Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten, jf. i den forbindelse spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 4 som også pålegger de regionale helseforetakene å sørge for medisinsk nødmeldetjeneste.

I følge § 7 i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, har kommuner og regionale helseforetak gjensidig ansvar for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester. Regionale helseforetak har i tillegg ansvar for samarbeid med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med brannvesen, politi, hovedredningssentral og andre samarbeidspartnere og for fastsettelse av hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar og hvilke AMK-sentraler som skal ha mottak av medisinsk nødnummer i regionen.

11.2.4 Habilitering og rehabilitering

Medisinsk habilitering og rehabilitering er en lovpålagt oppgave for kommunene, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 4, men utgjør i tillegg et tverrfaglig og tverrsektorielt virksomhetsområde. Forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og

rehabilitering gir nærmere bestemmelser om kommunens og de regionale helseforetakenes ansvar på dette området.

Forskriften § 2 definerer habilitering og rehabilitering som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Forskriften gir tydelige føringer for å sikre samarbeid og samhandling med andre sektorer som er aktuelle med bistand i rehabiliteringsprosessen.

Kommunen skal i følge forskriften ha generell oversikt over behov (jf. § 7) og planlegge sin habiliterings- og rebabiliteringsvirksomhet (jf. § 8). Det fremgår av forskriftens § 8 at det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og at kommunehelsetjenesten ved behov skal samarbeide med sosialtjenesten og andre samarbeidende etater.

11.2.5 Fysioterapitjeneste

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 3 fremgår at kommunen skal sørge for fysioterapitjeneste. Den kommunale fysioterapitjenesten består av forebyggende virksomhet, behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon. Deler av fysioterapivirksomhet utøves på sykehjem, i ulike omsorgsboliger, samt til pasienter som har behov for opptrening i forbindelse med overføring fra sykehus til eget hjem.

Som nevnt ovenfor i punkt 10.3 utgjør privat fysioterapivirksomhet med kommunale driftsavtaler og refusjon fra folketrygden hovedtyngden av fysioterapitjenester i kommunen. Kommunens oppfølging av organiseringen av og innholdet i fysioterapitjenesten skjer i hovedsak gjennom utforming av de individuelle driftsavtalene.

11.2.6 Jordmortjeneste

Svangerskapsomsorg kan utøves på helsestasjoner, hos fastlegene eller av jordmor ansatt hos fastlege eller i privat jordmorvirksomhet. At kommunen skal sørge for jordmortjeneste følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 5.

Individrettede oppgaver er svangerskapskontroller, rådgivning, viderehenvisning, opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning. Grupperettede oppgaver kan være fødselsforberedende kurs mv.

11.2.7 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste er en del av kommunens oppgaver, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 bokstav b) og bokstav c). I forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det gitt nærmere bestemmelser om tjenesten og tjenestens innhold.

Av forskriften fremgår at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være et tilbud til barn og unge 0-20 år og til gravide om svangerskapskontroll ved helsestasjonen, jf. forskriftens § 2-1.

Tjenesten skal fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Tilbudet til barn og ungdom omfatter helseundersøkelser, vaksinering, rådgivning, veiledning, opplysningsvirksomhet og forebyggende psykososialt arbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har særlig oppmerksomhet rettet mot barn og ungdom med spesielle behov og sårbare og utsatte grupper.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten, jf. forskriften § 2-1. Av samme bestemmelse fremgår også at driften av helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler kan skje ved interkommunalt samarbeid.

11.2.8 Sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 4 fremgår at kommunen skal sørge for *sykepleie*, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie. Sykepleietjenestens innhold og oppgaver er utdypet i forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste. I forskriftens § 1 andre ledd fremgår at tilsatte i sykepleietjenesten må arbeide i nær kontakt med det øvrige helsepersonell i kommunen og at det skal være nært samarbeid med kommunal sosialtjeneste, offentlig tannhelsetjeneste og helseinstitusjoner.

Kommunens lovbestemte sykepleietjeneste omfatter oppgaver innenfor forebyggende helsearbeid med spesiell vekt på opplysende og rådgivende virksomhet, samt pleie/omsorg i sykehjem og i hjemmesykepleien.

Helsesøster skal særlig dekke behovet for spesielle sykepleiefunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid. *Hjemmesykepleie* har tradisjonelt vært sykepleie, inkl. psykiatrisk sykepleie, som lettere behandling, sårbehandling og legemiddelhåndtering. I dag kan innholdet i hjemmesykepleien i praksis være vel så omfattende som oppgavene i sykehjem.

11.2.9 Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

Tjenester i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie omfatter blant annet behandling, sykepleie, rehabilitering, medisinering, nødvendig tannbehandling og mer omsorgspregede tjenester som hjelp til praktiske gjøremål, personlig stell og sosialt samvær/psykososialt arbeid.

Ordlyden i kommunehelsetjenesteloven § 1-3, annet ledd nr. 6), *"sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie"* kan gi et inntrykk av at det her er snakk om to ulike boformer, mens de i realiteten er likestilt rettslig sett. Boform med heldøgns omsorg og pleie er institusjon, underlagt både sykehjemsforskriften og vederlagsforskriften. Dette

fremkommer også forutsetningsvis av vederlagsbestemmelsen i kommunehelsetjenesten § 2-3.

Forarbeidene til bestemmelsen (Ot. prp. nr. 48 (1985-86)) gir i kapittel 5, særlig punkt 5.3.3, inntrykk av at en med "boform for heldøgns omsorg og pleie" tenkte på det vi i dag kaller omsorgsboliger. Imidlertid er de to boformene likestilt gjennom finansieringsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 2-3, og begge boformene er slik sett institusjoner, til forskjell for såkalte omsorgsboliger.

I dag bygger kommunene i betydelig grad omsorgsboliger som alternativ og/eller supplement til sykehjemmene. Kommunene bygger mindre enheter som defineres som beboerens eget hjem. Leilighetene leies ut til beboer i samsvar med husleieloven, og beboerens rettslige stilling er som for alle andre som bor i eget hjem. Beboerne mottar derfor heller ikke "sykehjemstjenester", men "hjemmetjenester". Disse tjenestene er i realiteten de samme, men de er organisert og finansiert på ulike måter.

Innenfor den kommunale pleie- og omsorgstjeneste er derfor ikke sondringen mellom helse- og sosial, eller sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie særlig sentral. Harmoniseringen av finansieringsordningene i kommunehelsetjenesten og sosialtjenesteloven har medført at den interessante sondring går mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester, altså om den enkelte bor i institusjon eller i eget hjem, uavhengig av om den enkelte eier eller leier egen bolig.

Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie skal gi heldøgns opphold og i tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste, jf. § 2-1 i forskrift 14. november 1988 nr. 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.

Av forskriftens § 3-2 fremgår at boformen skal ha tilknyttet en administrativ leder, en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling, en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien og det antall personer som for øvrig er nødvendig for å sikre beboerne nødvendig omsorg og bistand.

Forskriften inneholder dessuten en rekke bestemmelser om beboernes rettigheter, noe som også vil være avgjørende for hvordan boformen skal utformes og hva den skal inneholde.

11.2.10 Helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger fengsler i kriminalomsorgen

Av kommunehelsetjenesteloven 1-3 første ledd nr. 1 bokstav e) fremgår at kommunens helsetjeneste skal sørge for helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger fengsler under kriminalomsorgen.

Kommuner med fengsler (om lag 80 kommuner totalt), har dermed en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte. Staten yter årlig et særskilt øremerket tilskudd til berørte kommuner for fengselshelsetjenesten. Tilskuddet skal sikre et like godt helsetjenestetilbud for innsatte som for befolkningen for øvrig.

11.2.11 Transport av behandlingspersonell

Transport av behandlingspersonell etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 8 er aktuelt der pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet, men i stedet må gis ambulant behandling, enten på et annet behandlingssted eller i hjemmet. Det er bare utgifter til transport av behandlingspersonell som er omfattet av denne bestemmelsen. Pasientens eventuelle transportutgifter dekkes i henhold til annet regelverk, jf. pasientrettighetsloven § 2-6.

11.2.12 Kort om sammenhengen mellom helsetjenestens plikter og den enkeltes rettigheter

Kommunens *plikt* til å tilby eller yte nærmere bestemte tjenester må sees i sammenheng med den enkeltes *rett* til tjenester.

I høringsnotatets kapittel 20 og 21 er det redegjort nærmere for den enkeltes rettigheter etter henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, samt inntatt forslag til hvordan den enkelte pasient eller brukers rettigheter i fremtiden bør lovfestes.

I denne sammenheng vil departementet bare påpeke at den enkeltes rettigheter knyttet til kommunale helsetjenester følger dels av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 (om rett til helsehjelp), § 2-1a (om pasientrettigheter i fastlegeordningen) og § 2-2 (om barns rett til helsekontroll) og dels av rettighetsbestemmelsene i pasientrettighetsloven. For å fastsette hva kommunens tjenestepliktbestemmelser konkret vil innebære eller inneholde overfor den enkelte pasient, vil det også være nødvendig å ta stilling til hva pasienten har rett til.

11.3 Gjeldende rett - sosiale tjenester og hjelpetiltak

11.3.1 Innledning

I Ot.prp. nr. 103 (2008-2009), jf. Prop. 13 L (2009-2010), ble det foreslått en ny lov som skulle "overta" de bestemmelsene i daværende sosialtjenestelov som omhandler midlertidig husvære, økonomisk stønad og kvalifiseringsprogram/-stønad.

Stortinget vedtok forslaget, jf. lov 18. desember 2009 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, med ikrafttredelse fra 1. januar 2010. De gjenstående deler av sosialtjenesteloven har etter dette fått et tydeligere preg av å være kommunale omsorgstjenester som på flere områder har gråsoner og likhetstrekk med helsetjenester. Departementets videre redegjørelse for sosiale tjenester og hjelpetiltak tar utgangspunkt i de oppgaver og tjenester som nå følger av sosialtjenesteloven etter ovennevnte lovendring.

I sosialtjenesteloven er kommunens generelle oppgaver samlet i kapittel 3. De enkelte sosiale tjenestene og særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere er regulert i henholdsvis kapittel 4 og kapittel 6. Regler om kommunens ansvar for institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester er regulert i kapittel 7. Regler som skal sikre rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming er gitt i kapittel 4A.

11.3.2 Generelle oppgaver

Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 3 pålegger kommunen en rekke plikter uten å gi enkeltpersoner tilsvarende rettigheter.

Sosialtjenestens generelle forebyggende virksomhet er fastsatt i lovens § 3-1. Etter denne bestemmelsen skal sosialtjenesten gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer.

Videre skal sosialtjenesten etter § 3-2 medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer som har betydning for sosialtjenestens arbeid. Sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som den er pålagt etter denne loven. Som ledd i disse oppgavene skal sosialtjenesten gi uttalelser og råd og delta i den kommunale og fylkeskommunale planleggingsvirksomheten og i de samarbeidsorganer som blir opprettet.

Blir det påvist mangler ved de tjenester som andre deler av forvaltningen skal yte til personer med et særlig hjelpebehov, skal sosialtjenesten om nødvendig ta opp saken med rette vedkommende. Er det uklarhet eller uenighet om hvor ansvaret ligger, skal sosialtjenesten søke å klargjøre forholdet.

Det følger av § 3-3 at sosialtjenesten bør samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som sosialtjenesten.

Etter lovens § 3-4 skal sosialtjenesten medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Dette omfatter også boliger med særlig tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller andre årsaker.

Av § 3-5 fremgår at sosialtjenesten skal spre kunnskap om sosiale forhold og tjenester i kommunen.

I § 3-6 er det inntatt regler om beredskapsplan, hjelpeplikt og gjensidig bistand. Det fremgår her at kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin sosialtjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Sosialberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner og fylkesmannen fører tilsyn med at dette påbudet blir overholdt.

Videre fremgår det at sosialtjenesten skal gi nødvendig hjelp under ulykker eller andre akutte situasjoner, samt yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner.

11.3.3 Opplysning, råd og veiledning

Sosialtjenestens plikt til å gi individuell opplysning, råd og veiledning er regulert i lovens § 4-1. Siktemålet med denne bestemmelsen er ikke bare å løse eksisterende problemer, men også å søke å forebygge at problemer oppstår. Bestemmelsen omfatter alt fra rutinemessig henvisning til andre instanser til personlig råd og veiledning og familiebehandling.

11.3.4 Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse

Av § 4-2 bokstav a) fremgår at kommunens sosiale tjenester skal omfatte praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse (BPA), til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. BPA er en måte å organisere tjenesten på og kommunen er forpliktet til å tilby praktisk bistand og opplæring organisert som BPA. BPA er nærmere omtalt under punkt 11.6.14.

Praktisk bistand og opplæring omfatter hjelp til egenomsorg og personlig stell, og det kan være en glidende overgang til hjemmesykepleietjenester som hører under kommunehelsetjenesteloven, jf. høringsnotatets punkt 11.2.8. Videre omfattes hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen, for eksempel innkjøp av varer, matlaging, vask av klær og bolig, snømåking m.v. Med opplæring menes opplæring i dagliglivets gjøremål. Formålet med opplæringen skal være å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen i dagliglivet. Bestemmelsen pålegger ikke kommunene noen bestemt organisasjonsform eller bestemte krav til tjenestens innhold eller omfang, men det er i merknadene til loven understreket at utbygging av disse tjenestene vil være avgjørende for at hjelp i hjemmet kan være et alternativ til institusjonsomsorg.

11.3.5 Avlastningstiltak for personer og familier med et særlig tyngende omsorgsarbeid

Tjenesten følger av § 4-2 bokstav b) og omfatter personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid, både frivillige omsorgsytere og foreldre med omsorgsplikt for mindreårige barn.

De som har særlig tyngende omsorgsoppgaver kan etter § 4-4 kreve at kommunen fatter vedtak om tiltak. Avlastningstjenester skal gi omsorgsytere nødvendig og regelmessig fritid og ferie og mulighet for å delta i vanlige aktiviteter. Avlastning kan gis både i private hjem og i særskilte tiltak, som for eksempel korttidsplass på sykehjem eller i avlastningsbolig (korttidsinstitusjon for barn/unge).

Det er store variasjoner når det gjelder hvor mye barn er i avlastningsbolig, fra sporadiske helgeopphold til det som nærmer seg permanent opphold. Disse barna har en situasjon med mer eller mindre hyppig flytting og deres omsorgs- og helsebehov kan endre seg i løpet av slike vekslingsperioder.

Andre tjenester, for eksempel praktisk bistand i hjemmet, herunder BPA, støttekontakt, dagtilbud, barnehageplass, ferieturer etc. vil også innebære avlastning.

Det har stor betydning at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov og at det gir trygghet og kontinuitet.

11.3.6 Støttekontakt

Støttekontaktordningen følger av lovens § 4-2 bokstav c), og gjelder for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Støttekontaktens viktigste oppgave er som regel å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid. Det kan være et viktig tiltak i forhold til barn, unge og voksne med

psykiske problemer, yngre og eldre funksjonshemmede, innvandrere som er ukjent med det norske samfunnet, familier med sammensatte problemer, rusmiddelmisbrukere mv.

11.3.7 Boliger med heldøgns omsorgstjenester

I henhold til § 4-2 bokstav d) skal kommunens sosiale tjenester også omfatte plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. Begrepet "bolig med heldøgns omsorgstjenester" er i § 7-2 i forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til lov om sosialtjenester m.v., avgrenset til å omfatte aldershjem, barneboliger og privat forpleining. Siktemålet med avgrensningen er å unngå at reglene i sosialtjenesteloven kapittel 7 også anvendes i boformer som bør anses som egne boliger.

Kommunen har ansvar for å ha tilbud om plass i slike boliger til de som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

Når det gjelder *barneboliger* er det med hjemmel i sosialtjenesteloven § 7-8 utarbeidet veiledende retningslinjer om bygninger og utstyr, bemanning mv. Formålet med barnebolig er å sikre gode og trygge boforhold, legge til rette for gode oppvekstforhold og utvikle selvstendighet. Det er ikke krav om tilknyttet helsepersonell, men det forutsettes at barna/ungdommene får regelmessig helsekontroll og får nødvendige tjenester etter behov (for eksempel lege/legespesialist, psykolog, tannlege, fysioterapeut, PP-tjeneste og lekotek). I praksis kan det grovt sett sondres mellom "barneboliger" og "avlastningsbolig".

- Barnebolig: I boligen utføres den daglige omsorgen på vegne av foreldrene på permanent basis. Barnas faste bopel er i barneboligen. Det finnes ca 250 plasser i landet
- Avlastningsbolig: Tilbud om avlastning til familier med hjemmeboende barn. Barnas faste bopel er hos foreldrene. Boligen ivaretar i kortere eller lengre perioder foreldrenes daglige omsorgsoppgave ved at barna flytter inn i avlastningsboligen. Det finnes ca 1000 plasser i landet

Ved landsomfattende tilsyn i 2009 avdekket Helsetilsynet brudd på regelverket i om lag tre av fire virksomheter hvor det ble gjennomført. Helsetilsynet har gitt uttrykk for at regelverket ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for drift av barne- og avlastningsboliger, og at regelverket dels er mangelfullt, komplekst og vanskelig tilgjengelig. Statens helsetilsyn har anbefalt en gjennomgang av regelverket med spesiell tanke på disse barnas særskilte situasjon og behov. Disse barna er i en særskilt situasjon blant annet fordi de ikke bor sammen med foreldrene, samtidig som foreldrene som regel fortsatt har foreldreansvar. Det er store variasjoner når det gjelder hvor mye barna er i avlastningsbolig, fra sporadiske helgeopphold til det som nærmer seg permanent opphold. Disse barna har en situasjon med mer eller mindre hyppig flytting og deres helse- og omsorgsbehov kan endre seg i løpet av slike vekslingsperioder. Barn som oppholder seg i barnebolig har ofte helseplager og flesteparten bruker medisiner.

Når det gjelder aldershjem er dette i dag ingen lovpålagt tjeneste, og det eksisterer derfor heller ingen legaldefinisjon av denne institusjonstype. Aldershjem var tidligere hjemlet i lov om sosial omsorg, men ved innføringen av sosialtjenesteloven ble det vist til at

tilvekst av nye aldershjem burde unngås, og erstattes med serviceboliger, slik at eldre så langt som mulig kunne leve selvstendig innenfor trygge ordninger i eget hjem etter behov. Som institusjonstype er aldershjem i dag på vei ut og i 2004 var dekningsgraden nede i halvannen prosent.

11.3.8 Omsorgslønn

Etter § 4-2 bokstav e) skal kommunens sosiale tjenester også omfatte omsorgslønn. Omsorgslønn ytes i dag til personer som har "særlig tyngende omsorgsarbeid", og som utfører oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen. Ordningen gjelder både overfor frivillige omsorgsytere uten omsorgsplikt og foreldre som har omsorgsplikt for sine mindreårige barn.

Kommunene er pålagt å ha ordningen, men det er ikke en individuell rettighet for innbyggerne. Kommunen må etter en bred skjønnsmessig vurdering av det samlede tjenestetilbudet avgjøre hvorvidt det skal innvilges omsorgslønn, hvilket nivå lønnen skal ligge på og varigheten av vedtaket. Kommunen kan vurdere omsorgslønn som ett av flere alternativer, for eksempel avlastningstiltak, støttekontakt, hjemmesykepleie mv.

11.3.9 Hjelpetiltak overfor rusmiddelmisbrukere

Av sosialtjenesteloven § 6-1 følger at sosialtjenesten skal hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. Slik hjelp skal skje gjennom råd, veiledning og de ordinære hjelpetiltak som følger av sosialtjenesteloven § 4-1 og § 4-2. Også til den enkeltes familie skal det gis råd, veiledning og hjelp.

Av bestemmelsens andre ledd følger at sosialtjenesten skal bistå med å etablere et behandlingsopplegg dersom det er behov for det og klienten ønsker det. Slikt behandlingsopplegg kan blant annet omfatte oppnevning av støttekontakt, etablering av støtteopplegg på arbeidsplassen, andre tjenester etter sosialtjenesteloven og kontakt med primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

I bestemmelsens andre ledd er det bestemt at dersom behovet for egnet institusjonsplass ikke kan dekkes, skal sosialtjenesten om nødvendig sørge for midlertidige tiltak.

Sosialtjenesten skal også følge opp klienten i behandlingsopplegget gjennom samtaler og om nødvendig ved hjemmebesøk, og ved å legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institusjonsopphold, jf. bestemmelsens fjerde ledd.

I henhold til § 3-1 tredje ledd (forebyggende virksomhet) skal sosialtjenesten gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk.

11.3.10 Kort om sammenhengen mellom sosialtjenestens plikter og den enkeltes rettigheter

Etter § 4-2 er kommunen pålagt å tilby de sosiale tjenester som det er redegjort for ovenfor i punkt 11.3.4 til 11.3.8. Hva disse tjenestene konkret vil innebære av innhold og

omfang, må sees i sammenheng med de rettighetsbestemmelser som fremgår av i lovens § 4-3 og § 4-4.

I høringsnotatets kapittel 20 og 21 er det redegjort nærmere for den enkeltes rettigheter etter henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, samt inntatt forslag til hvordan den enkelte pasient eller brukers rettigheter i fremtiden bør lovfestes. I denne sammenheng vil departementet bare påpeke at i henhold til § 4-3 er det de som *"ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål,"* som vil ha krav på hjelp som er omfattet av § 4-2 bokstav a) – bokstav d). Tilsvarende følger det av § 4-4 at *"(D)e som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at sosialtjenesten treffer vedtak om det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i."*

11.3.11 Særregler om rusmiddelmisbrukere og psykisk utviklingshemmede, herunder bestemmelser om bruk av tvang

Særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere er regulert i sosialtjenesteloven kapittel 6. Her er det presisert at sosialtjenesten gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak skal hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. Videre skal sosialtjenesten bistå med å etablere et behandlingsopplegg. Dessuten skal sosialtjenesten følge opp klienten i behandlingsopplegget gjennom samtaler og om nødvendig ved hjemmebesøk, og ved å legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institusjonsopphold.

I lovens §§ 6-2, 6-2a og 6-3 er det fastsatt særlige regler om tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, tilbakehold av gravide rusmiddelmisbrukere og tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

Regler som skal sikre rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming er gitt i kapittel 4A. Reglene omfatter også krav til forebygging.

Når det gjelder nærmere redegjørelse for dette regelverket vises det til høringsnotatets kapittel 33 og kapittel 34. Sosialtjenesten og kommunehelsetjenesten er direkte og indirekte pålagt en rekke tjenesteplikter gjennom dette regelverket.

11.4 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

11.4.1 NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten

Bernt-utvalget foreslo i sin innstilling, NOU 2004:18 "Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene", en ny felles lov om sosial- og helsetjenester i kommunene. Lovforslaget skulle regulere kommunenes ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakers rettigheter, beslutningsprosess, klageadgang m.m. Ifølge utvalget var hovedformålet med en felles lov å etablere et regelverk som skulle være oversiktlig og lett å bruke og forstå både for tjenestemottakere og tjenesteytere. Videre var det en målsetting å hindre ulikheter i

regelverket eller i praktiseringen av dette som kunne skape vansker for samordning av og samhandling mellom de ulike tjenestene.

I tråd med dette foreslo Bernt-utvalget i sitt lovforslag at det i kapittel 2 ble inntatt felles bestemmelser om kommunens ansvar, jf. særlig forslagets § 2-2 om kommunens ansvar for sosial- og helsetjenester og § 2-3 om oppgaver som skulle ivaretas av kommunen.

Som redegjort for i høringsnotatets punkt 6.2 foreslår departementet en ny felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal innebære en harmonisering og samordning av kommunehelsetjenestelovens og sosialtjenestelovens bestemmelser. I så måte vil dette innebære en oppfølging av ett av hovedprinsippene i NOU 2004:18, nemlig en felles lov for kommunenes sosial- og helsetjenester.

Når det gjelder de ulike konkrete forslag som Bern-tutvalget foreslo, viser departementet til at en rekke enkeltstående forslag er omtalt i tilknytning til høringsnotatets ulike kapitler.

11.4.2 NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt

I sin innstilling, NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt, har Wisløff-utvalget foreslått en rekke enkeltstående tiltak innenfor tre hovedområder; tiltak som styrker pasientperspektivet, tiltak som støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne og tiltak rettet mot helsesektorens rammebetingelser.

Utvalget fremmet ikke konkrete forslag om felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet antar imidlertid at en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal innebære en harmonisering og samordning av kommunehelsetjenestelovens og sosialtjenestelovens bestemmelser, vil være et delbidrag til å oppnå bedre samhandling i tråd med utvalgets vurderinger. Når det gjelder de konkrete forslag som Wisløff-utvalget foreslo, viser departementet til at en rekke enkeltstående forslag er omtalt i tilknytning til høringsnotatets ulike kapitler.

11.4.3 St.meld. nr. 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen

Når det gjelder lovtiltak i Stortingsmeldingen er det uttalt generelt om dette (jf. meldingens punkt 17.2):

> ”Oppfølgingen av de lovtiltak som omtales i stortingsmeldingen må, både hva gjelder tempo og innhold, håndteres med utgangspunkt i Stortingets behandling av meldingen. Generelt kan sies at Helse- og omsorgsdepartementet på områder som dekkes av dette departements ansvar, vil arbeide ut fra en intensjon at de lovforslag som omtales i meldingen kan fremmes overfor Stortinget i 2010. Dette gjelder endringer i kommunehelsetjenesteloven som skal tydeliggjøre de nye kommunale oppgavene, vurdering av ny felles helse- og sosiallov for kommunene, lovgrunnlaget for den nye samarbeidsordningen mellom kommuner og helseforetak – og med den tilknyttede nasjonale myndighetsoppfølgingen og likeens de omtalte lovendringene om personlig koordinatorer og tiltak som skal understøtte bedre pasientforløp.”

I meldingen er det ikke foretatt konkrete drøftelser når det gjelder utformingen av en slik felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Som redegjort innledningsvis i høringsnotatet er imidlertid departementet av den oppfatning at en ny felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i seg selv vil kunne bidra til en harmonisering og samordning av de kommunale oppgaver og tjenester som følger av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

11.5 Departementets overordnede vurderinger og forslag knyttet til regulering av kommunens plikter

11.5.1 Innledning

I høringsnotatets kapittel 3 er det redegjort for utviklingstrekk og fremtidige utfordringer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som det fremgår har dette betydning for hvordan tjenesten bør lovreguleres.

I kapittel 10 har departementet drøftet kommunenes overordnede ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. I lovforslaget er dette ansvaret foreslått inntatt som § 3-1 første ledd. Det vises i den forbindelse også til bestemmelsens andre og tredje ledd som utdyper innholdet i sørge-for-ansvaret.

Sørge-for-ansvaret er i hovedsak en ansvarsplassering, og definerer ikke nødvendigvis det konkrete innholdet i ansvaret, med andre ord *hva slags tjenester* kommunen plikter å tilby eller yte, herunder *hva slags innhold og omfang* de ulike tjenestene skal ha. Som det vil fremgå foreslår departementet at dette konkretiseres og utdypes i lovforslagets kapittel 3.

Hvilke plikter kommunen har til å tilby eller yte tjenester må også sees i sammenheng med hvilke rettigheter den enkelte har til å motta tjenester. Kommunens plikt til å sørge for "nødvendige helse- og omsorgstjenester" i henhold til lovforslagets § 3-1 første ledd må sees i sammenheng med pasientrettighetsloven § 2-1 om rett til nødvendige helsehjelp og nødvendige omsorgstjenester. Når det mer konkret gjelder den enkeltes rettigheter i forhold til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, viser departementet særlig til høringsnotatets kapittel 20 og 21.

Gjennomgangen av hvilke tjenester det foreslås at kommunen skal sørge for på individ- eller gruppenivå må også sees i sammenheng med kommunens generelle ansvar for helsefremmende og forebyggende virksomhet, jf. nærmere om dette i høringsnotatets kapittel 14 og i høringsnotat med forslag til ny folkehelselov. Hvilke forebyggende og helsefremmende oppgaver som reguleres av helse- og omsorgsloven og hva som omfattes av ny folkehelselov, er nærmere omtalt i punkt 7.10 og i høringsnotatet om ny folkehelselov. Som det vil fremgå foreslår departementet at dagens regler om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a ikke videreføres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men disse bestemmelsene og øvrige bestemmelser om folkehelsearbeid samles og tas inn i forslaget til ny folkehelselov. Det vises til høringsnotat om ny folkehelselov som sendes på høring samtidig. For en fullstendig oversikt over kommunens samlede oppgaver på helse- og omsorgsområdet vil det dermed

også være nødvendig å forholde seg til de kommunale plikter som følger av forslaget til ny folkehelselov.

11.5.2 Overordnede problemstillinger knyttet til regulering

11.5.2.1 Felles regulering av kommunens plikt til å yte helse- og omsorgstjenester

Som redegjort for i høringsnotatets punkt 7.2 foreslår departementet en sammenslåing av dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov.

Som nevnt i punkt 11.1.2 er det enkelte forskjeller når det gjelder regulering av de tjenester/oppgaver kommunen skal sørge for etter henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg vil det være enkelte forskjeller når det gjelder hvordan kommunene har valgt å organisere og strukturere sine tjenester innenfor henholdsvis helsesektoren og sosialsektoren. Disse forskjellene kan tale for at kommunens oppgaver innenfor disse områdene fortsatt bør reguleres med hvert sitt regelverk.

Departementet er imidlertid av den oppfatning at de mange gråsoner og overlapp som eksisterer mellom kommunens helse- og omsorgstjenester, samt det faktum at mange pasienter/brukere mottar både helse- og omsorgstjenester med til dels samme formål og til samme tid (for eksempel hjemmebaserte tjenester), taler for at kommunens tjenesteplikter i størst mulig grad bør undergis felles regulering. Det vises også til overføringen av sosialtjenester som fant sted som følge av lov 18. desember 2009 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Etter dette har de gjenstående deler av sosialtjenesteloven fått et tydeligere preg av å være kommunale omsorgstjenester som på flere områder har likhetstrekk med helsetjenester. De gjenstående deler av sosialtjenesteloven er også i større grad tjenester som understøtter kommunens helsefremmende oppgaver. Departementets vurdering er at en felles helse- og omsorgslov vil kunne dekke både oppgaver som mer direkte er å anse for behandlingsrettet virksomhet, og oppgaver av mer helsefremmende karakter, herunder psykososiale oppgaver.

Det er også departementets generelle oppfatning at en felles lov om kommunens helse- og omsorgstjenester i seg selv vil bidra til eller legge til rette for økt og forbedret samhandling innad i kommunen. I tråd med dette bør også kommunens samlede tjenesteplikter i størst mulig grad reguleres gjennom felles bestemmelser som omfatter både helsetjenester og omsorgstjenester.

11.5.2.2 Pliktlov eller rettighetslov?

Som redegjort for blant annet i punkt 11.2 og punkt 11.3 har både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven bestemmelser om henholdsvis kommunens *plikter* og pasientens/brukerens *rettigheter*. Etter departementets vurdering kan det være uheldig med en slik blanding av plikter og rettigheter i en lov som i utgangspunktet skal regulere kommunenes tjenester på dette området. For det første kan det gjøre regelverket mindre oversiktlig eller tilgjengelig dersom rettigheter og plikter kommer om hverandre i en og samme lov. For det andre har man på helseområdet allerede

i hovedsak samlet rettighetsbestemmelser i pasientrettighetsloven og en "dobbeltregulering" av rettighetene kan skape uklarhet om hva som gjelder.

Departementet har derfor foreslått at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad innrettes mot en rendyrket "pliktlov" eller "tjenestelov" for kommunen, selv om det fortsatt kan være behov for enkelte unntak fra dette prinsippet, jf. spesielt om dette i høringsnotatets kapittel 33 og kapittel 34 om særregler for tvang overfor psykisk utviklingshemmede og i forbindelse med rusbehandling.

I tråd med ovenstående foreslår departementet motsvarende at flest mulig av dagens rettigheter samles i pasientrettighetsloven, idet det vil være en fordel om pasienter/brukere i størst mulig grad kan forholde seg til en enkelt lov for å avklare sine rettigheter, jf. nærmere om dette i høringsnotatets kapittel 7 og kapittel 20 og 21.

11.5.2.3 Angivelse av kommunens plikter ved bruk av generelle begreper eller spesifikk opplisting av tjenester og profesjonsytelser?

I dag er kommunenes plikt til å yte helse- og omsorgtjenester regulert blant annet ved:

- Generelle plikt-/ansvarsbestemmelser på overordnet nivå
- Opplisting av konkrete oppgaver/tjenester kommunen skal utføre eller tilby
- Opplisting av profesjonsspesifikke tjenester
- Den enkelte pasient/brukers rettigheter vil indirekte bestemme hvilke plikter kommunen er pålagt, jf. for eksempel pasientrettighetsloven § 6-1 om barns rett til helsekontroll

Dagens modeller for å lovfeste kommunens plikter kan til en viss grad fremstå som uklare og usystematiske. Dette kan i seg selv medføre uklarhet knyttet til kommunens ansvar og plikter. Bruk av generelle eller vage plikt- eller ansvarsbestemmelser kan gjøre det vanskelig for den enkelte pasient å identifisere sine rettigheter og å kreve sin rett. På den annen side kan en spesifikk opplisting av oppgaver eller tjenester virke begrensende for kommunens mulighet til å organisere tjenestene på en slik måte som den selv ser som hensiktsmessig ut fra lokale forhold og behov. En spesifisert opplisting kan også være innskrenkende fordi behov og tjenesteutforming vil kunne endre seg i tråd med fag- og metodisk utvikling og endringer i organisatoriske og økonomiske rammebetingelser.

Departementets prinsipielle utgangspunkt er at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Det er særlig hensynet til nærhet til tjenestemottakeren, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring, som begrunner lokal handlefrihet. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene gis og organiseres. Detaljert statlig styring kan hindre en optimal utnyttelse av ressursene i samsvar med lokale forhold. Vurderingene av hvordan tjenestetilbudet bør organiseres varierer fra kommune til kommune. En statlig detaljstyring vil kunne stenge for lokal utvikling og tilpasning, og for etablering av hensiktsmessige løsninger som går på tvers av tradisjonelle modeller.

Det kommunale ansvaret for helse- og sosialtjenestene er av omfattende karakter, og samlet sett er det kommunale tjenestetilbudet komplekst og sammensatt. Skal ansvaret utøves på en forsvarlig og adekvat måte, vil det kreve tilgang på et vidt spekter av

personell med ulik kompetanse. Samtidig må tjenesten organiseres på en slik måte at innbyggerne gis tilstrekkelig bistand når de har behov for det og på den måten innbyggerne har behov for.

En detaljert opplistning av enkelte profesjonsgrupper i loven vil kunne gi inntrykk av en prioritering som kan være uheldig, for eksempel for pasient-/brukergrupper med særskilt behov for tjenester fra profesjonsgrupper som ikke er opplistet i loven. Lovteknisk vil en opplisting gjøre lovgivningen mer sårbar overfor samfunnets endrede fokus på oppgaver/utfordringer og den generelle utviklingen av tjenestetilbudet.

En forholdsvis detaljert oppgaveangivelse som en i dag finner i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven kan imidlertid bidra til å sikre befolkningen trygghet for at nødvendig helse- og omsorgstjenester er organisert for å kunne yte forsvarlig hjelp når dette er nødvendig, uavhengig av hvilken kommune man bor eller oppholder seg i. En detaljert oppgavebeskrivelse vil gi økt forutsigbarhet for publikum, samtidig som tydelige lovkrav vil gjøre det enklere for kommunen å vite hvilke oppgaver som må prioriteres. Velferdsstaten bygger på idealet om en nasjonal minstestandard når det gjelder helse- og omsorgstjenester for alle borgere, uavhengig av hvor de bor, og dette idealet er det et rettslig og politisk ansvar for de sentrale myndigheter å ivareta, også for tjenester som er lagt ut til kommunene.

Oppgavefordelingen og samspillet mellom det kommunale hjelpeapparatet og spesialisthelsetjenesten forutsetter forutsigbarhet og tydelighet i ansvarsforhold og i hvilke tjenester som må forventes å bli utført av henholdsvis kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. En effektiv og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste på tvers i kommunen og mellom forvaltningsnivåene i den kommunale helse- og omsorgtjenesten og spesialisthelsetjenesten, forutsetter et veldefinert kommunalt tjenestetilbud. Kommunenes ulike forutsetninger for å yte tjenester kan øke behovet for å presisere de kommunale oppgavene og tjenestene.

Departementet vil i denne sammenheng påpeke at det å pålegge kommunene konkrete oppgaver kanskje er særlig viktig for de befolkningsrettede og grupperettede oppgavene, hvor kommunens arbeid ikke er direkte knyttet til individuelle rettigheter. Dette kan være å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, informasjons- og opplysningsvirkomhet, tilby kvalitetssikret hjelp til endring og mestring av helseatferd, som for eksempel frisklivstilbud, for mennesker med forhøyet risiko for å utvikle fysisk eller psykisk sykdom som følge av uheldig livsstil, mv. Kommunen er den viktigste arenaen for helsefremmende og forebyggende helse- og omsorgstjenester, folkehelsearbeid og forebyggende sosialt arbeid. For alt forebyggende arbeid er ofte ikke resultatene synlige før på sikt, for eksempel gjennom fravær av sykdom, rusproblemer eller liknende og behovet for å konkretisere slike oppgaver blir dermed større enn for oppgaver som ”etterspørres” i større grad. Departementet foreslår derfor en bestemmelse som konkretiserer kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende helse- og omsorgstjenester i § 3-3. Det vises til nærmere omtale i kapittel 14 og til høringsnotat om ny folkehelselov som beskriver forholdet mellom de to lovene nærmere.

Ved vurderingen av om kommunens oppgaver skal beskrives generelt og overordnet eller detaljert i lovverket, vil departementet også vise til en viktig forskjell mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Overfor spesialisthelsetjenesten har departementet som eier direkte innflytelse over prioriteringer og utforming av tjenestetilbudet gjennom blant annet å stille krav til bevilgningen gjennom oppdragsdokument og direkte eierstyring gjennom krav i foretaksmøter. Overfor kommunene er virkemidlene færre. Her må ønsker vedrørende prioriteringer og utforming av tjenestetilbudet skje gjennom lov og forskrift, avtaler og økonomiske virkemidler. Dette kan tale for at kommunens lovpålagte oppgaver bør utformes på et mer detaljert nivå.

Ved utforming av regelverket har departementet tatt utgangspunkt i retningslinjer for utforming av statlig regelverk overfor kommunesektoren som ble fastsatt av Regjeringen Bondevik II i 2002, og videreført av Regjeringen Stoltenberg II. Ifølge disse retningslinjene bør det ikke innføres detaljerte regler om hva kommunene plikter å tilby og skal gjøre. Ved utformingen av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, må det foretas en avveining mellom nasjonale hensyn som kan begrunne statlig styring og hensyn som begrunner lokal handlefrihet.

De oppgavene kommunene er pålagt etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal videreføres. Lovforslaget skal følgelig ikke medføre noen innskrenkning av de kommunale oppgaver i forhold til gjeldende rett. Samtidig ønsker departementet å legge forholdene til rette for at kommunene skal kunne stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester i samsvar med lokale forhold og behov. Det vil være uheldig ved lov å binde opp den enkelte kommune til særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger. Det sentrale må være at den enkelte kommune har et faglig forsvarlig tjenestetilbud som oppfyller de minstestandarder som gjelder innenfor sektoren. Lovteksten bør også ha en fleksibilitet i utformingen som gjør at kommunens ansvar ikke vil være innskrenket av om det skjer faglig og metodisk uvikling, for eksempel som følge av teknologiske endringer som kan medføre at flere oppgaver kan løses i kommunen. Lovforslaget bør også ta høyde for at samhandlingsreformens innretting innebærer at strukturelle endringer vil innføres gradvis, som følge av kompetanseoppbygging mv. Kommunenes ansvar bør derfor kunne beskrives innenfor et utviklingsløp som er tilpasset fremtidige endringer i oppgavefordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Ved utarbeidelsen av spesialisthelsetjenesteloven (Ot.prp. nr. 10 (1989-99)) ble det vist til at det i daværende sykehuslov og lov om psykisk helsevern var foretatt en opplistning av hvilke institusjoner og virksomheter fylkeskommunen hadde plikt til å tilby befolkningen. Dette var en lovgivningsteknikk som bandt fylkeskommunen til å tilby tjenester i bestemte organisatoriske former. Departementet fant at en slik systematikk kunne hindre fleksible og hensiktsmessige løsninger og også hindre en ønsket utvikling mot at tjenester tilbys i andre organisatoriske former. Denne lovgivningsteknikken ble derfor forlatt, og i stedet ble ansvaret definert gjennom en angivelse av tjenester fylkeskommunen skulle være ansvarlig for å tilby befolkningen. Det ble presisert at dette ikke skulle innebære noen

endring i oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene, men en måte å beskrive denne på som gir større frihet til å tilpasse løsning av oppgavene til det reelle behov.

Departementet opprettholder denne oppfatningen, og foreslår å videreføre denne lovgivningsteknikken i ny helse- og omsorgslov. Det foreslås derfor en lovregulering som i mindre grad lister opp kommunens konkrete tjenester/oppgaver i lovteksten. Det vil være mer hensiktsmessig at loven angir rammene for kommunens ansvar og legger til rette for et helhetlig og integrert tjenestetilbud. Etter departementets oppfatning følger det av intensjonen i samhandlingsreformen at loven skal legge til rette for at kommunene i større grad selv kan organisere sine tjenester på en måte som sikrer at det kan foretas en helhetlig og integrert vurdering av den enkeltes behov, og at kommunen på bakgrunn av denne vurdering kan sikre en helhetlig og integrert helse- og omsorgsfaglig oppfølging og behandling. Innenfor sine rammer må kommunene være forpliktet til å yte et forsvarlig og adekvat tjenestetilbud på basis av den enkeltes behov. Det vises imidlertid til at lovforslaget åpner for at innholdet i de overordnede bestemmelsene senere kan utdypes i forskrifter. Sektoroverskridende lovgivning vil også legge visse føringer for hvordan kommunene skal utøve sin virksomhet etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vises her blant annet til kommunenes forpliktelser etter diskrimineringslovgivningen, jf. punkt 7.8.

Som det vil fremgå er departementets lovforslag i stor grad profesjonsnøytralt. Etter helsepersonelloven § 48 er det 29 autoriserte helsepersonellgrupper og departementet mottar med jevne mellomrom henvendelser fra andre personellgrupper som i varierende grad arbeider innefor helsetjenesten og som også ønsker autorisasjon som helsepersonell i henhold til helsepersonelloven. De 29 autoriserte gruppene er:

a. ambulansearbeider
b. apotektekniker
c. audiograf
d. bioingeniør
e. ergoterapeut
f. helsefagarbeider
g. fotterapeut
h. fysioterapeut
i. helsesekretær
j. hjelpepleier
k. jordmor
l. kiropraktor
m. klinisk ernæringsfysiolog
n. lege
o. omsorgsarbeider
p. optiker
q. ortopediingeniør
r. ortoptist
s. perfusjonist

t. psykolog
u. radiograf
v. sykepleier
w. tannhelsesekretær
x. tannlege
y. tannpleier
z. tanntekniker
æ. vernepleier
ø. provisorfarmasøyt
å. reseptarfarmasøyt

I tillegg arbeider en rekke andre personellgrupper innenfor dagens sosialtjenestelov. Her gjelder det ikke noen egen autorisasjonsordning for disse personellgruppene.

De 29 gruppene som er autorisert etter helsepersonelloven, samt ytterligere personellgrupper som uten autorisasjon arbeider innenfor helse- og omsorgstjenesten, for eksempel sosionomer, kan på ulikt vis være like viktige for den enkelte pasient som mottar helse- og omsorgstjenester. I en tjenestelov som departementet nå foreslår vil det derfor både være uheldig, og gi en skjev fremstilling dersom enkelte personellgrupper skal nevnes særskilt i lovtekst. Som det vil fremgå er den eneste profesjonsangivelsen i lovforslagets § 3-2 knyttet til bruk av begrepet *"fastlegeordningen",* jf. bestemmelsens første ledd nr. 4. Dette er betegnelsen på en etablert organisasjonsmodell som skal videreføres, og bruk av begrepet "lege" vil i denne sammenheng være nødvendig.

Å binde opp kommunen med bestemte profesjons- eller bemanningskrav vil kunne komme til fortrengsel for andre personellgrupper som også kan dekke aktuelle funksjoner på en forsvarlig måte. Hensynet til å bygge opp en tjeneste basert på lokale behov tilsier at kommunen fortløpende selv må avgjøre hva slags personell de vil ha behov for. Imidlertid vil bestemmelsene om faglig forsvarlighet i tjenesten, samt alternativ behandlingsloven som forbeholder enkelte medisinske oppgaver til autorisert helsepersonell, legge klare føringer på kommunen, og sikre at tjenesten bemannes med kvalifisert personell. Dette er som nevnt en teknikk som også er lagt til grunn ved reguleringen av spesialisthelsetjenesten.

11.6 Departementets vurderinger og forslag knyttet til konkret regulering av kommunens plikter

11.6.1 Om rammene for kommunens plikter

Kommunene skal etter lovforslaget § 3-1 sørge for *nødvendige helse- og omsorgstjenester* for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Det følger av dette at den kommunale helse- og omsorgstjeneste både skal drive forebyggende arbeid og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov. Selv om ansvaret først og fremst er å sikre at aktuelle tjenester er tilgjengelige, innebærer det også i praksis ansvar for drift, organisering og finansiering av en rekke tjenester, innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg.

Innbefattet i begrepet ”helse- og omsorgstjenester” ligger også ansvaret for å yte tjenester av mer sosialfaglig art. Dette omfatter blant annet praktisk bistand og opplæring til de som har behov for særlig hjelp i hjemmet. I tillegg skal kommunen blant annet tilby personlig assistanse, avlastning og institusjonsopphold.

Det er den enkelte kommune som har ansvaret for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Den enkelte kommune kan selv avgjøre om den ønsker å produsere disse tjenestene selv, eller kjøpe tjenester av andre private eller offentlige tjenesteytere. Skal kommunene kunne yte tjenestene på et forsvarlig nivå, vil ressurshensyn kunne tilsi at flere kommuner inngår samarbeid om disse tjenestene. Det vises til høringsnotatets kapittel 24 hvor dette er nærmere omtalt.

Spørsmålet om hva som skal anses som nødvendig tjenester, må ses i sammenheng med kravet til *forsvarlige tjenester*. Departementet viser i den forbindelse til høringsnotatets kapittel 19 hvor forsvarlighetskravet er nærmere diskutert, samt også krav til arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. I denne sammenheng skal det kun påpekes at kravet til faglig forsvarlige tjenester er en rettslig standard som kan sies å bestå av tre hovedelementer: Tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Det er en nær sammenheng mellom begrepet ”nødvendig helse- og omsorgstjeneste” og kravet til faglig forsvarlighet, i den forstand at forsvarlighet utgjør en absolutt minstenorm, jf. Rt. 1990 s 874, Fusa-dommen. Den helse- og omsorgstjeneste som ytes, skal alltid være forsvarlig, og ansvaret for dette er for helsepersonell plassert på individnivå gjennom helsepersonelloven § 4. Men det gjelder også et krav til forsvarlighet på virksomhetsnivå: Den aktuelle tjeneste skal være tilgjengelig for dem som etter loven har krav på den. Minstenormen for kvalitet og tilgjengelighet vil imidlertid kunne variere, avhengig av hvilken type tjeneste det dreier seg om, og herunder med hvor viktig det er for tjenestemottakers helse og velferd at denne gis. At det gjelder et slikt forsvarlighetskrav på virksomhetsnivå følger allerede i dag forutsetningsvis av kommunehelsetjenesteloven § 1-3a om at *”Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.”* Departementet viser i den forbindelse også til kommunehelsetjenesteloven § 6-3 første ledd om at Statens helsetilsyn skal føre medisinskfaglig tilsyn med at kommunen fremmer helsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte. Etter bestemmelsens tredje ledd kan Statens helsetilsyn også gi pålegg om å rette på forholdene dersom virksomhet innen helsetjenesten i kommunen drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten er forsvarlighetskravet nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

”Nødvendig helse- og omsorgstjeneste” er en sammensatt standard som må ses i sammenheng med begrepet ”nødvendig helsehjelp” i pasientrettighetsloven § 2-1. Avgjørelsen av hva som er ”nødvendig” i denne sammenheng, må skje på grunnlag av i hvert fall tre ulike avveininger; av hensynet til hva som er helsefaglig og sosialfaglig nødvendig å gjøre for den enkelte, som en avveining av individets behov og fellesskapets behov og ressurser, og ut fra en vurdering av hensynet til rettferdig fordeling mellom

mennesker med sammenlignbare behov. En tolkning av begrepene "nødvendig helse- og omsorgstjeneste" og "nødvendig helsehjelp" må imidlertid ta utgangspunkt i en faglig forståelse, der "nødvendig" først og fremst refererer seg til den enkeltes nød. Hjelpen er nødvendig når individet kan vise til noe ved sin tilstand som viser eller begrunner mistanke om eller forekomst av sykdom eller mulig funksjonstap som ikke er ubetydelig (Halvorsen 2004).

I henhold til pasientrettighetsloven § 2-1 tredje ledd første punktum har pasienten rett til "nødvendig helsehjelp" fra spesialisthelsetjenesten. Selv om ordlyden er den samme som rettigheten overfor kommunehelsetjenesten etter bestemmelsens første ledd, er det i forhold til spesialisthelsetjenesten innført en ressursbegrensning, jf. § 2-1 tredje ledd andre punktum om at retten bare gjelder *"dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt."* Selv om tilsvarende begrensning ikke er lovfestet overfor kommunehelsetjenesten, må det likevel innfortolkes en slik begrensning. Som nevnt er det en nær sammenheng mellom begrepet "nødvendig helse- og omsorgstjeneste" og kravet til faglig forsvarlighet, og da i den forstand at forsvarlighet utgjør en absolutt minstenorm. Selv om det innfortolkes en viss begrensning i kommunens plikt til å tilby tjenester, vil kommunen ikke kunne gå under den minstenorm som følger av kravet forsvarlighet, jf. Fusa-dommen.

Begrunnelsen for at ressurshensynet må tas med i vurderingen av hva som ligger i standarden "nødvendig helse- og omsorgstjenester", ligger i organiseringen og finansieringen av vårt offentlige tjenestetilbud. Befolkningen må kunne forvente at de kommunale tjenestene har som mål å være "heldekkende", at kommunene faktisk yter de viktigste tjenestene. Samtidig må det være akseptabelt at visse tjenester ikke inngår i tilbudet, så lenge det er kjent hvilke disse er, og avgjørelsen om ikke å inkludere dem er fattet på et forsvarlig grunnlag.

Hvor langt kommunenes ansvar strekker seg vil også måtte avgrenses mot spesialisthelsetjenestens ansvar. Departementet viser i den forbindelse til sørge-for-ansvaret som foreslås fastsatt i lovforslagets § 3-1, og hvor det i bestemmelsen fjerde ledd fastslås at kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organisert helse- og omsorgstjeneste "som ikke hører under stat eller fylkeskommune", jf. i den forbindelse dagens kommunehelsetjenestelov § 1-1 andre ledd. Det kommunale ansvaret foreslås altså fortsatt negativt avgrenset ved at det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester skal omfatte de offentlig organiserte tjenestene som ikke hører inn under stat (som har ansvar for spesialisthelsetjenester) og fylkeskommune (som har ansvar for tannhelsetjenester). Kommunens ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester må derfor i denne sammenheng blant annet forstås i lys av den samlede organisering av helse- og omsorgstjenesten i landet.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 gjelder loven for "spesialisthelsetjenester" som tilbys eller ytes i riket av staten eller private. Lovens saklige virkeområde er altså definert gjennom begrepet "spesialisthelsetjeneste" som ikke svarer til et presist medisinsk begrep. Spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den type helsetjenester som man ut fra helsefaglige eller samfunnsøkonomiske vurderinger ikke har funnet det hensiktsmessig å

legge ansvaret for på det kommunale nivå. Til tross for at spesialisthelsetjeneste ikke naturlig omfatter alle de tjenester helseforetakene er pliktig til å yte, og også vil kunne sies å omfatte noen av de tjenestene som kommunen også yter, har lovgiver lagt til grunn at dette likevel er det begrep som nærmest beskriver helseforetakenes ansvar. I praksis er innholdet i "spesialisthelsetjenesten" klarere enn det begrepet i seg selv gir inntrykk av. Oppgaver har i årenes løp blitt definert som enten spesialisthelsetjeneste eller primærhelsetjeneste, og begrepet må derfor sees i sammenheng med den faktiske oppgavefordeling mellom nivåene. Den faglige og teknologiske utvikling vil over tid ha innvirkning på grensen for hva som naturlig inngår som en del av de enkelte forvaltningsnivåenes ansvarsområde, og det kan tidvis være uklarhet eller uenighet om hvor grensen til enhver tid går.

Et område hvor det kan oppstå tvil om ansvarsfordelingen gjelder såkalt utskrivingsklare pasienter i sykehus. Etter gjeldende rett er det kommunene som har ansvaret for disse pasientene. Det har imidlertid vært uklarheter knyttet til kriteriene for når en pasient er å anse for utskrivningsklar. Spesialisthelsetjenestens bruk av begrepet "utskrivingsklar" har ikke alltid korrespondert med kommunenes bruk av begrepet "mottaksklar". I praksis har det derfor oppstått en gråsone når det gjelder ansvarsfordelingen for disse pasientene. Departementet viser til høringsnotatets kapittel 33 hvor problematikken knyttet til faglig ansvar og finansiering av utskrivningsklare pasienter diskuteres nærmere.

Gjennom lov- og forskriftsregulering vil det neppe være mulig å angi en helt presis avgrensning av henholdsvis spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvarsforhold. Grensen mellom forvaltningsnivåenes ansvarsområde vil til en viss grad fortsatt måtte inneholde en gråsone.

Som nevnt ovenfor vil ressurshensyn tilsi at visse tjenester ikke omfattes av kommunenes plikt til å yte eller tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ikke alle skader og ulemper mennesker utsettes for kan sies å være et offentlig ansvar. Kommunens ansvar for å yte tjenester må derfor avgrenses i forhold til det som må anses for å være den enkeltes ansvar for egen helse og velferd. For ytterligere å definere og tydeliggjøre begrepet "nødvendig helse- og omsorgstjenester" foreslås det i lovforslaget en nærmere angivelse av de oppgaver som typisk faller inn under begrepet, jf. lovforslagets § 3-2 første ledd hvor oppgavene er gruppert på følgende måte:

1. Helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder:
a. opplysning, råd og veiledning
b. helsetjeneste i skoler og
c. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester, herunder jordmortjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
a. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
b. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

a. hjemmetjenester,
b. heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon,
c. personlig assistanse og
d. avlastningstiltak.

Departementet vil bemerke at en slik opplisting som her er foretatt både er en avgrensning av det kommunale ansvaret, og en nærmere beskrivelse av de tjenester kommunen skal kunne tilby. Det er imidlertid viktig å være klar over at dette ikke er adskilte tjenester med klare grenser opp mot hverandre. En rekke kommunale tjenester vil kunne falle inn under flere av de angitte nummerpunktene. Ordinære sykepleietjenester vil kunne falle inn under alle nummerpunktene. Som et ytterligere eksempel vil ulike funksjoner/kompetanse som for eksempel fysioterapi og ernæring, falle inn under flere av nummerpunktene som forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering.

Mange tjenestemottakere som har et særskilt behov for at helse- og omsorgstjenestene samhandler, har det til felles at de har et behandlings- og omsorgsbehov som ingen av tjenesteyterne kan tilfredsstille alene. Det er derfor viktig at tjenestene er lett tilgjengelige, individuelt tilpasset, helhetlige, koordinerte og sammenhengende. En av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. En viktig årsak til dagens problemer er at det i liten grad er strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i den enkeltes behov. Når den enkelte har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester, er ikke gode deltjenester bra nok. En må også forutsette god samhandling mellom de ulike tjenestene. Dårlig eller manglende samhandling gjør at tjenestemottaker fort opplever tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige og opplever overgangen mellom dem som problematisk. Det må derfor være et mål at tjenestemottakerne møter en helhetlig helse- og omsorgstjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige tiltakskjeder. For å oppnå dette er det av sentral betydning at helse- og omsorgstjenesten videreutvikler en faglig og organisatorisk kultur hvor de ulike faglige aktørene og organisatoriske enheter i større grad ser sine egne tjenester som en del av et mer integrert tjenestetilbud. I tillegg er det av sentral betydning at tjenestene er lett tilgjengelige i den forstand at den enkelte vet hvor han eller hun skal henvende seg for å få hjelp. I mange tilfeller vil det derfor kunne være hensiktsmessig å samle flere tjenester bak et felles mottaksapparat, både for å være lett tilgjengelig for den enkelte og for raskt å kunne tilrettelegge for et integrert tjenestetilbud.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene bør derfor organiseres slik at kommunene er i stand til å gi den enkelte et integrert og helhetlig tjenestetilbud. En av målsetningene med dette lovforslaget er derfor å legge til rette for økt samarbeid og samhandling mellom de ulike tjenesteutøvere og profesjonsutøvere i den kommunale helse- og omsorgstjeneste, jf. i den forbindelse lovforslagets § 4-1 andre ledd.

Som nevnt er lovforslaget utformet på en så profesjonsnøytral måte som mulig. I tillegg foreslår departementet også å gjøre lovforslaget så diagnoseuavhengig som mulig. Dette for å understreke kommunenes generalistansvar og for å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjeneste prioriterer ut fra behov og ikke ut fra alder, kjønn, diagnose etc. De

oppgavene som er listet opp må derfor kunne ytes overfor mennesker med somatiske, psykiske og rusmiddelavhengige lidelser eller som står i fare for å utvikle slike.

I den videre drøftelse i dette kapittelet vil departementet ta utgangspunkt i ovenstående måte å gruppere kommunens plikt til å yte helse- og omsorgstjenester, jf. drøftelsene i punkt 11.6.2 til punkt 11.6.7. I tillegg vil departementet også diskutere enkelte helse- og omsorgstjenester som kjennetegnes av at de kan sies å falle innenfor flere av de grupper som er nevnt ovenfor. Dessuten er det slik at en rekke av disse oppgavene/tjenestene tidligere har vært positivt angitt i kommunehelsetjensteloven og sosialtjenesteloven, jf. punktene 11.6.8 til 11.6.10.

I tillegg til ovennevnte generelle lovbestemmelse foreslås det i lovforslaget egne bestemmelser om omsorgslønn og bruker- og pårørendeopplæring. Dette drøftes nærmere i punkt 11.6.12 og punkt 11.6.14.

Boliger til vanskeligstilte er diskutert i punkt 11.6.13 og ordningen med brukerstyrt personlig assistanse er diskutert i punkt 11.6.15. Transport av behandlingspersonell er diskutert i punkt 11.6.16.

11.6.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Tjenesten foreslås lovfestet i lovforslagets § 3-2 første ledd nummer 1 og tilsvarer dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nummer 1. Bestemmelsen omfatter også dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 4-1, jf. § 3-1.

Lovforslaget § 3-2 første ledd nummer 1 er nærmere konkretisert i lovforslagets § 3-3 om kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Innholdet i kommunens oppgaver for helsefremmende og forebyggende arbeid er nærmere omtalt i kapittel 14. Helsefremmende og forebyggende tiltak kan og bør iverksettes i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer bl.a. at fastleger, hjemmetjenesten, svangerskaps- og barselomsorgen har et ansvar for å arbeide forebyggende i henhold til § 3-3. Samtidig er det ofte nødvendig med tverrfaglig innsats i samarbeid med barnehage og skole, barnevern, arbeidslivet aktører og med frivillige organisasjoner.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet overfor målgruppene gravide, barn og unge og deres foreldre om barns fysiske og psykiske utvikling, utgjør sammen med helseopplysning generelt en vesentlig del av kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid. Videre er allmennlegetjenesten helt sentral for veiledning om levevaner og for å avdekke risiko for å utvikle sykdom, identifisere risikogrupper samt iverksette forebyggende tiltak. Ulike former for frisklivstilbud med kvalitetssikret hjelp til endring og mestring av helseatferd, ulykkesforebyggende arbeid, tobakks- og rusforebygging samt psykisk helsearbeid er viktige elementer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. For øvrig vil helsetjenesten ha en viktig pådriverrolle i kommunen for å sikre at helsefremmede arbeid ivaretas i kommunens planarbeid, i skoler og barnehager, arbeidsliv og nærmiljø for eksempel for å tilrettelegge for gode kostvaner, daglig fysisk aktivitet, tobakk – og rusfrihet.

Opplysning, råd og veiledning

Kommunen har ansvar for å forebygge både somatisk og psykisk lidelse. For å sikre en bærekraftig utvikling tydeliggjør samhandlingsmeldingen at dette bør være en prioritert oppgave i tiden fremover. I dette ligger også oppsøkende virksomhet overfor utsatte grupper, samt opplysningsvirksomhet, rådgivnings- og veiledningstjenester. Det er av sentral betydning at dette ikke bare har en medisinsk tilnærming, men at kommunen også sikrer en helhetlig og sosialfaglig tilnærming til dette arbeidet.

Helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste

Forebygging vil også omfatte særskilte tiltak rettet inn mot barn og ungdom, for eksempel organisert som helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste. Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 fremgår det at kommunens helsetjeneste skal omfatte helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak med dette for øye skal organiseres som helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler, jf. bestemmelsens bokstav b og bokstav c. I forbindelse med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har departementet vurdert om helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste fortsatt skal angis eksplisitt i lovteksten.

I Soria Moria II-erklæringen er det uttalt at regjeringen vil *"bygge ut lavterskeltilbud som skolehelsetjenesten og helsestasjonene for å kunne behandle barn og ungdom på et tidlig tidspunkt."* I tråd med den reguleringsteknikk som er valgt i loven i form av en mer overordnet og generelle pliktregulering, har departementet vurdert om *skolehelsetjeneste* og *helsestasjonstjeneste* fortsatt bør nevnes eksplisitt i loven. I så måte kunne det hevdes at det er lavterskeltilbud rettet mot de nevnte grupper som er det sentrale, og ikke at tilbudet absolutt må forankres i helsestasjons-/skolehelsetjeneste.

En mer overordnet angivelse vil være mer dynamisk og anvendbar i forhold til helsefaglig utvikling og nye måter å organisere tjenestetilbudet på, enn et lovpålagt krav om at tjenestene skal organiseres på en bestemt måte. En slik angivelse vil i større grad gi mulighet for lokale tilpasninger og handlefrihet i forhold til en hensiktsmessig og kostnadseffektiv organisering av tjenestene ut fra lokale ønsker og behov. Departementet vil imidlertid påpeke at en slik overordnet pliktangivelse kan innebære en risiko for at enkelte kommuner vil kunne nedprioriterer helse- og omsorgstjenester til fordel for tjenester på andre sektorer med mer detaljerte myndighetskrav. En slik overordnet pliktangivelse kan også innebære en risiko for utilsiktede vridende når det gjelder hvilke deltjenester kommunen prioriterer innenfor helse- og omsorgssektoren. Særlig i forholdet mellom forebyggende/helsefremmende tjenester og kurative tjenester kan dette tenkes aktuelt fordi førstnevnte tjenester er mindre etterspurt av enkeltpersoner og pressgrupper og fordi det ikke er knyttet andre rettighetsbestemmelser til forebyggende arbeid.

Departementet har etter en helhetsvurdering kommet til at *helsetjeneste i skoler* og *helsestasjonstjeneste* skal nevnes eksplisitt i loven. Selv om kommunene uansett ikke kan velge å bortprioritere helsefremmende og forebyggende arbeid for disse gruppene, er departementet av den oppfatning at denne type tjenester fremstår som så sentrale at de fortsatt bør fremgå av lovteksten. Det er her snakk om tjenester som er særlig rettet inn mot barn og unge, og som "når" til dels svært store deler av sin målgruppe. I et

forebyggings- og utjevningsperspektiv fremstår tjenestene derfor som svært viktige. Kommunen vil imidlertid stå fritt til å bestemme den ytre rammen for organisering av tjenestene. At kommunene har en plikt til å etablere og tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste er ikke til hinder for at den enkelte pasient/bruker kan velge å motta tilsvarende tilbud annet sted, som for eksempel at fastlegene tilbyr gravide svangerskapskontroll og vaksinasjon av barn.

Departementet vil også bemerke at deler av den virksomheten som drives innenfor helsestasjonstjenesten og skolehelsetjeneste også vil kunne falle inn under bestemmelsen i nr. 4 i den grad det dreier seg om diagnostisering og behandling, for eksempel av seksuelt overførbare sykdommer hos ungdom.

I tillegg til den regulering som foreslås inntatt i § 3-2 første ledd nr. 1, foreslår departementet som nevnt også en egen bestemmelse i § 3-3 om forebyggende tiltak rettet mot personer og grupper som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk lidelse. Bestemmelsen må sees i sammenheng med forslag til ny folkehelselov, jf. nærmere om dette i kapittel 13 i høringsnotat om forslag til ny folkehelselov.

Som tidligere nevnt foreslår departementet at dagens regler om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a ikke videreføres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men at disse bestemmelsene inngår i en ny lov om statlig, fylkeskommunalt og kommunalt folkehelsearbeid, jf. någjeldende lov 19. juni 2009 nr. 65 om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet som samtidig foreslås opphevet. Departementet har i dag sendt ut eget høringsnotat med slikt forslag. Som det vil fremgå vil det være enkelte grenseflater eller uklare avgrensninger mellom kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid etter herværende lovforslags § 3-2 første ledd nr. 1 og § 3-3, og kommunens ansvar for folkehelsearbeid etter lovforslag om ny folkehelselov. For en fullstendig oversikt over kommunens samlede plikter på dette området vil det imidlertid være nødvendig å også se hen til de kommunale plikter som følger av nevnte lovforslag om statlig, fylkeskommunalt og kommunalt folkehelsearbeid.

11.6.3 Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

Kommunens ansvar for svangerskaps- og barselomsorgstjenester, foreslås lovfestet i lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 2. Bestemmelsen vil tilsvare dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr. 5. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester vil også omfatte tjenester som tidligere var omfattet av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd, jf. særlig nr. 1 og nr. 2.

Svangerskapskontroll som er den mest sentrale oppgaven, kan også utføres av fastlege, eventuelt av jordmor ansatt hos fastlege eller av privatpraktiserende jordmor med driftsavtale med kommunen. Hjemmefødsler og følgetjeneste er ikke et kommunalt ansvar.

Når det gjelder nærmere omtale av svangerskaps- og barselomsorgstjenester viser departementet til kapittel 14, og spesielt punkt 14.4.4.

11.6.4 Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste

Kommunene har et særskilt ansvar for å yte døgnkontinuerlig hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Typisk vil være legevaktordning, legevaktstjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste. Det er av sentral betydning at tjenestene omfatter både somatiske og psykiske lidelser, herunder ruslidelser.

Kommunens ansvar for hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner foreslås lovfestet i lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 3 og tilsvarer dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nummer 5, jf. også § 1-3 andre ledd nummer 2 og nummer 7.

Den kommunale legevaktordningen skal være en organisert virksomhet som skal sikre befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Legevaktordningen skal bestå av et fast legevaktnummer, legevaktsentral og lege i vaktberedskap. Kommunal legevakt er en integrert del av allmennlegetjenesten og utgjør sammen med medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus.

Legevaktens tjenester kan ikke sees isolert fra fastlegeordningen og andre tjenester. Tilgjengelighet hos fastlegene og organisering av større vaktdistrikter kan bedre legenes arbeidssituasjon og har vist seg å redusere pasienttilstrømningen til legevakten på kveld og natt.

Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helsetjenesten. I følge § 7 i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, har kommuner og regionale helseforetak gjensidig ansvar for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester. Regionale helseforetak har i tillegg ansvar for samarbeid med relevante parter for å sikre nødvendig samordning med brannvesen, politi, hovedredningssentral og andre samarbeidspartnere og for fastsettelse av hvilken AMK-sentral som skal ha overordnet koordineringsansvar og hvilke AMK-sentraler som skal ha mottak av medisinsk nødnummer i regionen.

Dagens kommunikasjonsnett for nødsamband for kommunene og de regionale helseforetak, helseradionettet, er under avvikling og skal erstattes av et nytt felles digitalt nødnett for helsetjenesten, brannvesenet og politiet i løpet av noen år. Stortinget vedtok i 2004 utbygging av et slikt nett. Kommunene er forpliktet, jf krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i forskrift nr 252 av 18. mars 2005, til å ta det nye nødsambandet i bruk. I første omgang vil det innenfor helsetjenesten være de kommunale legevaktene og leger i vakt som skal bruke nettet, men senere vil det være aktuelt å tilby andre brukere i kommunenes helse- og omsorgstjeneste å bruke nettet som et ledd i bedring av samarbeidet mellom de ulike tjenester og aktører.

I tillegg til disse bestemmelsene har kommunen etter lov 23. juni 2000 om helsemessig og sosial beredskap ansvar for å ha utarbeidet en egen beredskapsplan for de helse- og

sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Formålet med beredskapsplanen er å sikre at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

11.6.5 Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

Det kommunale ansvaret for utredning, diagnostisering og behandling er en videreføring av gjeldende rett. Kommunens ansvar for utredning, diagnostisering og behandling foreslås lovfestet i lovforslagets § 3-2 første ledd nummer 4 og tilsvarer dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nummer 2, jf. også § 1-3 andre ledd nummer 1 og nummer 3 til nummer 6.

Plikten til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester er imidlertid ikke begrenset til å gjelde de deltjenestene som er listet opp i dagens kommunehelsetjenestelov. Det er av sentral betydning at tjenestene omfatter både somatiske og psykiske lidelser. Kommunene må selv sørge for en bemanning som tilsier at kommunen kan yte forsvarlige tjenester ut fra lokale forhold og behov. Kommunenes plikt etter bestemmelsen er begrenset oppad mot spesialisthelsetjenesten, og begrenset i forhold til hva som naturlig må anses som det offentliges oppgaver.

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. Ordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å stå på en liste hos en fastlege, det vil si en lege som har inngått avtale med en kommune om deltagelse i fastlegeordningen. Legen har plikt til å prioritere de personene som står på sin liste, og er primærkontakt ved behov for legehjelp. En av intensjonene med ordningen er at fastlegen skal koordinere pasientenes behov for annen helsehjelp, herunder vurdere behov for undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. fastlegeforskriften § 7.

Fastlegen har ansvar for allmennlegetilbudet til personer på sin liste, herunder for øyeblikkelig hjelp til disse på dagtid. Departementet viser for øvrig til høringsnotatets kapittel 16 hvor det er redegjort nærmere for fastlegeordningen og fastlegenes rolle.

11.6.6 Medisinsk, sosial og psykososial habilitering og rehabilitering

Kommunen skal sikre nødvendig tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltagelse. Tjenestene skal tilbys og ytes ut fra et brukerperspektiv, samordnet, tverrfaglig og planmessig, i eller nærmest brukerens vante miljø i en for brukeren meningsfylt tilværelse.

Den kommunale habiliterings- og rehabliliteringstjeneste skal ikke bare være av medisinsk art, men også omfatte den sosiale og psykososiale habiliteringen. Det er av sentral betydning at kommunene også opprettholder den sosialfaglige tilnærmingen for å sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med psykiske lidelser og rusmisbrukere.

Tjenesten foreslås lovfestet i lovforslagets § 3-2 første ledd nummer 5 og tilsvarer dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nummer 3 (medisinsk habilitering og rehabilitering), jf. også § 1-3 andre ledd nummer 3 (fysioterapitjeneste) og nummer 4 (sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie). Videre tilsvarer

tjenesten deler av dagens bestemmelser i sosialtjenesteloven § 4-1, § 4-2 bokstav a) og bokstav c) og § 6-1.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 21 (1998-99) "Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk" ga Stortinget sin tilslutning til forståelsen av rehabilitering som:

"Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet."

Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/eller funksjonsproblemer.

Følgende elementer er sentrale i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser:

- En rehabiliteringsprosess må planlegges og gjennomføres ut fra brukerens individuelle behov. Selv om bistand fra helsepersonell og andre yrkesgrupper er nødvendig, er den beste rehabilitering i prinsippet den brukeren selv står for.
- Planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører, med et klart mål. Prosessene er tidsavgrenset. For mange pågår imidlertid en habiliterings- eller rehabiliteringsprosesser i perioder over lang tid, og for noen i perioder så lenge de lever.

For personer med utviklingshemning, rus-/og eller psykiske problemer kan en svært viktig del av habilitering og rehabilitering gjelde forhold knyttet til å mestre å bo i egen bolig, bruke offentlige transportmidler, forholde seg til andre mennesker i nærmiljø, i samfunns- og arbeidsliv mv.

11.6.7 Andre helse- og omsorgstjenester, herunder hjemmetjenester, heldøgns tilbud i eget hjem eller institusjon, personlig assistanse og avlastningstiltak

Som nevnt vil den demografiske utviklingen med et økende antall eldre mennesker på sikt øke behovet for omsorgstjenester betydelig. Fremtidige løsninger for sektoren må derfor bygge på en lokalt forankret omsorgstjeneste som gir god ressursutnyttelse gjennom smidig tilpasning til lokale forhold og behov og tett samspill med familie og lokalsamfunn. Et godt utbygd kommunalt omsorgstjenestetilbud bidrar til å utsette eller forhindre sykehjems- og sykehusinnleggelser. Prioriteringene mellom spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenesten må derfor styres av prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå.

Som nevnt har kommunene ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder eller diagnose. Det er av sentral betydning at tjenestene omfatter både somatiske og psykiske lidelser.

Når det i lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 6 er foreslått å benytte betegnelsen "andre helse- og omsorgstjenester" er dette gjort for å tydeliggjøre at tjenester omfattet av bestemmelsens nr. 1 til nr. 5 også er tjenester som den enkelte kan motta for eksempel i form av personlig assistanse, hjemmetjenester eller ved heldøgns tilbud på institusjon.

Dette kan for eksempel være fysioterapi- og sykepleietjenester, men også ernæringsarbeid med bakgrunn i dokumentert forekomst av underernæring både blant hjemmeboende eldre og i institusjon.

Tjenester omfattet av lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 6 vil kanskje i større grad enn tjenestene omfattet av bestemmelsens nr. 1 til nr. 5, bestå av en blanding av tradisjonelle helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven og pleie- og omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven.

Med helse- og omsorgstjenester etter lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 6 menes tjenester både i og utenfor institusjon, slik som kortvarige og langvarige opphold i sykehjem, hjemmesykepleie, personlig assistanse (dagens "praktisk bistand" og "støttekontakt" etter sosialtjenesteloven) fysioterapi, avlastningstiltak og andre tjenester. Rehabilitering og habilitering skjer ofte ved en kombinasjon av flere av disse tjenestene.

Med begrepet "*hjemmetjenester"* i bestemmelsens bokstav a siktes det i og for seg ikke til noen klart definert tjeneste som skal tilsvare de tjenestebegreper som benyttes i dagens regulering, men hensikten er å tydeliggjøre at det her dreier seg om ulike helse- og omsorgstjenester som ytes hjemme hos tjenestemottageren. Det er slik sett ikke ment innført noen rettslige grenser for omfang og type tjenester som kan ytes hjemme, men dette vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering. Hjemmetjenester vil i mange tilfeller kunne omfatte det som i dag er omtales som hjemmesykepleie eller hjemmehjelp.

Med *"heldøgns tilbud i eget hjem eller institusjon"* i bestemmelsens bokstav b menes ulike helse- og omsorgstjenester som ytes eller er tilgjengelig 24 timer i døgnet, enten i tjenestemottakerens eget hjem eller i institusjon, for eksempel sykehjem. Tradisjonelt har heldøgns tilbud blitt ytt i institusjoner, men i dag ytes det også i egne hjem. Også her vil det bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering om heldøgns tjenester kan ytes i hjemmet eller i institusjon. Barneboliger eller aldershjem er også institusjoner som vil kunne være omfattet av bestemmelsen.

"Personlig assistanse" etter bestemmelsens bokstav c omfatter egenomsorg og personlig stell og det som i dag omtales som personrettet praktisk bistand og som i forhold til brukerbetaling/egenandel likestilles med hjemmesykepleie. Det er et formål å bidra til å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen i dagliglivet og tjenesten skal hvis det er hensiktsmessig også innebære opplæring. Videre omfattes hjemmehjelp og annen hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen, for eksempel innkjøp av varer, matlaging, vask av klær og bolig, snømåking m.v. Videre omfatter bestemmelsen bistand til å delta i fritidsaktiviteter. Bestemmelsen omfatter "praktisk bistand" og "støttekontakt" etter dagens sosialtjenestelov § 4-2 bokstav a og bokstav c. Det er sentralt at personlig assistanse ytes med en stor grad av brukermedvirkning og brukerstyring, basert på en helhetlig vurdering av behov og brukers ønsker.

Bistand til deltakelse i fritidsaktiviteter gjelder for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Formålet er å hjelpe

den enkelte til en meningsfull fritid og samvær med andre. Det kan være et viktig tiltak i forhold til barn, unge og voksne med psykiske problemer, yngre og eldre med funksjonsnedsettelser, innvandrere som er ukjent med det norske samfunnet, familier med sammensatte problemer, personer med rusmiddelproblemer mv.

Tilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid som "*avlastningstiltak"* er sentrale tiltak som særlig retter seg mot nærmeste pårørende, jf. bestemmelsens bokstav d. Tiltakene er en forutsetning for at pårørende og andre har mulighet til å utføre en så stor andel av omsorgstjenestene som de utfører i dag. Avlastningstiltak er i dag regulert i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav b.

St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening, legger til grunn en videreutvikling av ordninger som kan bidra til å gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og pleietrengende voksne og eldre. Omsorgsplan 2015 vektlegger pårørendes omsorgsinnsats som en stor samfunnsøkonomisk ressurs. Det offentlige må for å støtte opp om den frivillige omsorgsinnsatsen gi avlastning, informasjon og veiledning om individuelt tilpassede løsninger. I denne sammenheng er det viktig at tjenesten organiserer seg inn mot – og ikke ut av – familie og lokalsamfunn.

Avlastningstiltak skal hindre overbelastning, gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie og mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. Det er viktig at det organiseres ulike avlastningsformer fordi behovene er svært ulike. Avlastningstilbud kan også gis ved at omsorgspersonen frigjøres gjennom at andre overtar omsorgen i hjemmet i den aktuelle tidsperioden. God koordinering av løpende tjenester og bruk av individuell plan vil også bidra til å avlaste pårørende.

Et eksempel på et område der det er behov for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt innad i det kommunale tjenesteapparatet, er pasienters legemiddelbruk.

Et stort flertall av pasienter som er i institusjon eller får hjemmetjenester bruker legemidler, og det er kommunens ansvar at bruk og håndtering av legemidler skjer i tråd med regelverket – eksempelvis legemiddelhåndteringsforskriften, helsepersonelloven, internkontrollforskriften og pasientjournalforskriften. Det er stor variasjon i hvordan kommunene velger å løse dette. I Trondheim kommune er det for eksempel ansatt en egen kommunefarmasøyt. Mange kommuner har tatt i bruk multidose (dosepakkede legemidler) både i sykehjem og i hjemmetjenesten, noe som gir sikrere legemiddelbehandling, øker kvaliteten på legemiddelhåndteringen og gir en riktigere og mer effektiv bruk av arbeidstid og -ressurser for helse- og omsorgspersonell.

Forebygging i omsorgstjenesten er også omtalt i kapittel 14.

11.6.8 Særlig om psykisk helsetjeneste og rustjeneste

Som nevnt likestilles somatisk og psykisk lidelse i forhold til lovforslagets § 3-2. Også behandling av rusmiddelavhengige omfattes av bestemmelsen, jf. imidlertid de særregler som er inntatt i lovforslagets kapittel 10.

Stortinget har ved behandling av samhandlingsmeldingen tydelig understreket at tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser og eller rusmiddelavhengighet er høyt prioritert. For å sikre en grundig behandling av områdene gis en supplerende omtale av lovforslagets regulering av tjenestetilbudet innen psykisk helse og rus, herunder oppfølging av Stortingets anmodningsvedtak om forankring av tverrfaglig psykisk helsearbeid.

Psykisk helsearbeid

Ved Stortingets behandling av St. prp. nr. 1 (2008-2009), jf. Budsjett-innst. S. nr.11 (2008-2009), fattet Stortinget 9. desember 2008 følgende vedtak (vedtak nr. 122):

> "Stortinget ber Regjeringen utrede behov og forankring av et tverrfaglig psykisk helsearbeid i kommunene."

Psykisk helsearbeid i kommunene forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser er i første rekke en utfordring for arbeidsliv, barnehage, skole, fritidsarenaer, idrettsmiljø mv. Helse- og omsorgstjenesten skal på sin side delta i og understøtte det forebyggende arbeidet, ved siden av tjenestens støttende og kurative funksjoner.

Psykisk helsetjenester i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte- og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Her inngår også å inneha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen i kommunen og over behovet for tiltak og tjenester. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om psykisk helsearbeid.

En tiårig satsing på psykisk helse er nå fullført i henhold til St. prp. nr 63 (1997-98) Om Opptrappingsplan for psykisk helse. Evalueringsrapport fra Norges forskningsråd viser at opptrappingsplanens kvantitative mål langt på vei er nådd. Samtidig viser rapporten at det gjenstår utfordringer når det gjelder innhold og kvalitet i tjenesten. Dette legger et grunnlag for det videre arbeidet med fortsatt styrking og utvikling av innholdet og kvaliteten i det psykiske helsearbeidet ut fra de kvalitative målene.

Den økonomiske delen av Opptrappingsplanen er fullført i henhold til forutsetningene i St. prp. nr. 63 (1997-98). Storparten av de øremerkede midlene til kommunene har gått til finansiering av personell i oppbygging og drift av tiltak for barn, unge og voksne. De øremerkede midlene på om lag 3,5 mrd. kroner ble i 2009 innlemmet i kommunenes frie inntekter. Evalueringen viser at Opptrappingsplanen har bidratt til å gi psykisk helsearbeid i kommunene et løft. Dels har dette skjedd ved at kommunene er tilført statlige midler gjennom øremerkede tilskudd, dels ved at disse overføringene har utløst betydelig kommunal egeninnsats. Det er bygd om lag 3 200 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser.

Departementet legger til grunn at kommunene i dag har et klart ansvar for å sørge for psykisk helsetjeneste. Opptrappingsplanen for psykisk helse har i perioden 1999-2008 styrket kommunens kapasitet og kompetanse til å ivareta behovene i befolkningen. Det

foreslås ikke å lovfeste en særskilt plikt for kommunen til å sørge for psykisk helsetjeneste, men det legges til grunn at dette er en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester som vil falle inn under den overordnede regulering av helse- og omsorgstjenester som er foreslått i lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 1 til nr. 6. Det vises til lovforslagets § 3-3 og nærmere omtale i høringsnotatets kapittel 14.

Kommunalt rusarbeid

Kommunalt rusarbeid er tiltak og tjenester rettet inn mot mennesker med rusrelaterte problemer og konsekvenser av rusmiddelproblemene hos den enkelte og deres pårørende, samt forebyggende tiltak rettet mot den kommunale befolkningen som helhet, for eksempel begrensede skjenketider for alkoholholdig drikk. Kommunalt rusarbeid legger vekt på helhetlig tenkning med forebygging, tidlig oppdagelse og intervensjon, rehabilitering, behandling og skadereduksjon. Arbeidet omfatter alle typer rusmiddelproblemer: alkohol, medikamenter og narkotiske stoffer.

Kommunen har hovedansvar for å gi råd, veiledning og hjelpetiltak overfor rusmiddelavhengige og deres pårørende. Kommunen skal sørge for behandlingsopplegg når det er behov for det lokalt eller i egnet behandlings eller omsorgsinstitusjon, og har også et oppfølgingsansvar under og etter institusjonsopphold. I forbindelse med rusreformen ble kommunehelsetjenestens og fastlegens ansvar for å gi rusmiddelavhengige tilgang til nødvendige helsetjenester og å bidra til utforming av et eget hjelpe- og behandlingstilbud tydeligere. Reformen innebar at fastlegen på samme måte som for andre innleggelser i spesialisthelsetjenesten kunne henvise rusmiddelavhengige til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette innebar at det for den enkelte ikke var nødvendig å gå via sosialtjenesten for henvisning til videre behandling. I mange tilfeller vil det være aktuelt med et tett samarbeid mellom mange tjenester for å få til et helhetlig opplegg med flere tiltak. Når det er behov for det og klienten ønsker det, skal kommunen bistå med å etablere et behandlingsopplegg. Dette opplegget kan blant annet omfatte personlig assistanse, etablering av støtteopplegg på arbeidsplassen, andre tjenester etter denne loven og kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Opptappingsplanen for rusfeltet har i perioden 2006 til 2010 gitt en satsning på totalt 892 millioner kroner. Opptrappingsplanens innsats og tiltak mot kommunesektoren retter seg blant annet inn mot; økt kompetanse og kvalitet i tjenestene, bedre styringsinformasjon blant annet i form av statistikk, lavterskel tilbud, bedre oppfølgingstjenester, økt innsats mot brukere i LAR. Statusrapporteringen viser at de aller fleste tiltakene i planen er igangsatt og at det skjer mye bra på rusfeltet, både på forebyggingssiden og for de som lever med et rusproblem. På en annen side vet vi at rusfeltet fortsatt har utfordringer, og det vil være et behov for fortsatt satsing i de kommunale tjenestene. Stoltenbergutvalget som avleverte sin rapport sommeren 2010, har vurdert hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp. Utvalgets rapport er nå på høring og departementet vil føre en bred dialog med brukere, pårørende, fagfelte og kommunene før saken legges fram for Stortinget.

Departementet legger til grunn at kommunene i dag har et klart ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til mennesker med rusrelaterte problemer og

konsekvenser av rusmiddelproblemene hos den enkelte og deres pårørende. Det foreslås imidlertid ikke en særskilt lovfesting av dette, idet det legges til grunn at denne type tjenester vil falle inn under den overordnede regulering av helse- og omsorgstjenester som er foreslått i lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 1 til nr. 6. Det vises til lovforslagets § 3-3 og nærmere omtale i høringsnotatets kapittel 14.

11.6.9 Nærmere om ernæringsarbeid/kostveiledning

Ernæringsarbeid/kostveiledning er ikke omtalt i dagens lovgivning. Alle pasientgrupper som er definert som målgrupper i samhandlingsreformen kan ha behov for og dokumentert nytte av kostholdsveiledning og/ eller ernæringsbehandling. Dette i primærforebyggende, sekundærforebyggende eller behandlende øyemed. Stortingsmeldingen viser til at det er dokumentert behov for å styrke spisskompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten. Dette gjelder særlig i forhold til underernæring blant eldre, og i forebygging og behandling av fedme og behandling av kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdom, type 2-diabetes og kreft. Også ved kroniske lidelser som mage-tarmsykdom som cøliaki, lungesykdom som KOLS og matallergi kan det være nødvendig med behandling og kostveiledning. Det er også behov for ernæringskompetanse innen psykisk helsevern og rus.

I Innst. 11 S (2009-2010) viser komiteen til at "det er store geografiske ulikheter i tilgang på klinisk ernæringsfaglig kompetanse i Norge. Tilgangen på klinisk ernæringsfaglig kompetanse er langt lavere i Norge enn i land det er naturlig å sammenligne oss med. Kliniske ernæringsfysiologer er en nødvendig samarbeidspart i det videre arbeidet med samhandlingsreformen".

11.6.10 Nærmere om enkelte tjenester som tidligere har vært eksplisitt lovregulert

11.6.10.1 Innledning

Som redegjort for i høringsnotatets punkt 12.2 inneholder dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov eksplisitt lovregulering av en rekke deltjenester. I og med at departementet foreslår en mer overordnet og generell regulering av kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester, vil det ikke lenger være aktuelt å operere med en så detaljert eller profesjonsspesifikk angivelse av de ulike deltjenestene som kommunens totale tjenestetilbud kan bestå av. Lovforslaget skal som nevnt innebære en videreføring av gjeldende rett når det gjelder de ulike tjenesters innhold og omfang. Dersom det er nødvendig for at kommunen skal kunne tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, vil disse ulike deltjenestene også være videreført innenfor den lovreguleringsteknikk som departementet foreslår i lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 1 til nr. 6.

I det videre skal departementet knytte enkelte kommentarer til noen deltjenester som i dag er eksplisitt lovregulert, men som ikke foreslås eksplisitt nevnt i lovforslaget. Når det gjelder nærmere redegjørelse for disse deltjenestene, vises det som nevnt til punkt 11.2.

11.6.10.2 Sykepleietjenester, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie

Kommunen må ha tilgang på nødvendig personell for å utføre sine oppgaver, men kommunen bør stå fritt til å bestemme organiseringen av tjenestene, herunder personell- og kompetansespørsmål. De oppgavene som ivaretas av helsesøstre vil særlig bli omfattet av § 3-2 første ledd nr. 1 og nr. 2, eventuelt også nr. 4. Etter departementets oppfatning er det derfor ikke nødvendig å videreføre opplistingen av helsesøstertjeneste i den nye loven.

Når det gjelder hjemmesykepleie vises det til redegjørelsen under punkt 11.6.7 hvor det fremgår at hjemmesykepleie vil omfattes av begrepet "hjemmetjenester" etter lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a).

11.6.10.3 Fysioterapitjenester

Fysioterapi som behandlingsform vil kunne omfattes av § 3-2 første ledd nr. 5 om medisinsk habilitering (for eksempel av funksjonshemmede barn) og rehabilitering. Diagnostisering og behandling utgjør en selvsagt del av all fysioterapivirksomhet, jf. lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 4. En eksplisitt lovfesting av kommunens plikt til å sørge for fysioterapitjeneste vil kunne bidra til at kommunene reserverer seg mot å ansette annet helsepersonell for å utføre oppgaver som kan ha likhetstrekk med fysioterapi, som for eksempel ergoterapeuter og kiropraktorer.

11.6.10.4 Støttekontakt

Kommunen skal etter enkeltvedtak sørge for personlig assistanse for å hjelpe den enkelte til en meningsfylt fritid. Dette *kan* organiseres som støttekontakt, jf. sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav c. I lys av senere utvikling av praksis og ulike behov hos brukerne videreføres imidlertid ikke støttekontakt som den eneste måten å organisere denne tjenesten på. Tjenesten vil omfattes av begrepet "personlig assistanse" etter lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Tjenesten kan for eksempel gis gjennom organisert deltakelse i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettelagte tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon.

11.6.11 Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

Helsetjenester for innsatte i kriminalomsorgen ble lovfestet i 1995. Lovfesting ble den gang ansett nødvendig for å fjerne tvil om rekkevidden av kommunenes rettslige ansvar, ved å slå fast at kommunen på vanlig måte har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp til innsatte.

Helsetjenester for innsatte faller imidlertid inn under kommunens generelle sørge-for-ansvar for de personer som til enhver tid oppholder seg i kommunen, jf. lovforslagets § 3-1. Dette taler mot å videreføre dette som en særskilt lovpålagt oppgave overfor visse persongrupper. De kommunene som har fengsler (om lag 80 kommuner totalt) mottar øremerkede midler fra staten til dette formålet, og dette gjør det i mindre grad påkrevd med lovregulering. For å tydeliggjøre kommunens ansvar har imidlertid departementet likevel kommet til at denne tjenesten bør komme til uttrykk i en egen lovbestemmelse som viderefører gjeldende rett. Bestemmelsen foreslås inntatt som § 3-8. Fengselslegen overtar fastlegens rolle under fengselsoppholdet.

11.6.12 Omsorgslønn

Omsorgslønn er lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. En hovedutfordring med omsorgslønnsordningen er at gjeldende regler legger opp til stor grad av skjønn ved innvilgelse og utmåling av stønaden, herunder at kommunene kan legge en viss vekt på kommunens økonomi. Den enkelte pårørende har ikke ubetinget rett til omsorgslønn. Kommunen og den som har behov for tjenestene må vurdere den pårørendes omsorg som best og nødvendig. Dette har ført til store forskjeller mellom kommunene med hensyn til bruken av omsorgslønn. Forholdet til ytelser etter folketrygdloven som helt eller delvis skal dekke samme formål har i praksis vist seg å være til dels uklart.

Regjeringen har derfor ved kongelig resolusjon av 25. juni 2010 nedsatt et offentlig utvalg som skal foreslå løsninger ut fra en mer helhetlig vurdering. Utvalget skal levere sin innstilling innen 1. juni 2011. Departementet vil følge opp innstillingen på egnet måte.

Inntil videre foreslår departementet at gjeldende rett videreføres uendret, jf. lovforslagets § 3-7 som tilsvarer dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav e.

11.6.13 Boliger til vanskeligstilte

Som omtalt i høringsnotatets punkt 11.3.2 gjelder kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte etter sosialtjenesteloven § 3-4, i forhold til vanskeligstilte som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Det er presisert i bestemmelsen at ansvaret også omfatter boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker.

Et medvirkningsansvar for å skaffe boliger til vanskeligstilte er også regulert i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 15. I denne bestemmelsen er det ikke presisert at ansvaret også omfatter boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker. Etter at reguleringen av en del av de sosiale tjenestene som tidligere var regulert i sosialtjenesteloven ble overført til lov om sosiale tjenester i NAV, har forutsetningen om et helhetlig kjennskap til alle grupper vanskeligstilte boligsøkere og deres behov falt bort, både for kommunens helse- og omsorgstjeneste og for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen. Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen vil i hovedsak ha kjennskap til behovet for boliger til sosialt og økonomisk vanskeligstilte, og har et lovpålagt ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til disse. Kommunens helse- og omsorgstjeneste vil i hovedsak ha oversikt over behovet for tilpassede boliger til personer som trenger det på grunn av helse- og omsorgsbehov.

Det er kommunen som sådan som har hovedansvaret for å skaffe boliger til vanskeligstilte, mens helse- og omsorgstjenesten vil ha et medvirkningsansvar. Dette innebærer at helse- og omsorgstjenesten må delta i den kommunale planleggingen av hvordan boligproblem kan løses for vanskeligstilte boligsøkere generelt. Videre innebærer medvirkningsansvaret et generelt ansvar for å gjøre andre kommunale myndigheter kjent

med behovene. Helse- og omsorgstjenesten bør i samarbeid med andre instanser ta initiativ til tiltak som kan lette situasjonen for vanskeligstilte på boligmarkedet. Medvirkningsansvaret innebærer også at helse- og omsorgstjenesten vil ha et ansvar overfor brukerne ved å bistå med råd og veiledning, tilrettelegging og finansiering der dette ikke kan dekkes på annen måte. I enkelte tilfeller vil det også være nødvendig at tjenesten engasjerer seg direkte i å skaffe vanskeligstilte boliger.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en bestemmelse som vil innebære en videreføring av gjeldende rett, jf. lovutkastet § 3-8.

Forslaget er en videreføring av sosialtjenesteloven § 3-4 og vil ikke innebære administrative eller økonomiske konsekvenser.

11.6.14 Bruker- og pårørendeopplæring.

Som nevnt i punkt 11.3.4 følger det av sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a), jf. § 4-3, at pasienter, brukere og pårørende som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker, har krav på opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål.

Praktisk bistand/personlig assistanse vil ofte kombineres og skje i hjemmet. Det omfatter opplæring i dagliglivets gjøremål og sees i forhold til funksjonsnedsettelser den enkelte har. Det forutsetter ofte at det avsettes plan og tid for hvordan den enkelte skal få trening til å gjøre mest mulig selv. Formålet er å bevare og øke individets funksjons- og mestringsevne, herunder evne til å skaffe seg andre tjenester selv.

Når det gjelder slik opplæring er plikt-/rettighetssituasjonen etter helselovgivningen imidlertid mer indirekte. Krav til forsvarlig tjeneste etter helsepersonelloven § 4 vil i mange tilfeller tilsi at pasienten må gis noe opplæring i egen sykdom og oppfølging/behandling av denne, noe som også vil kunne innebære opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål.

For å vise betydningen av pasient- og brukeropplæring vil vi trekke fram diabetes som eksempel. De fleste med type 2-diabetes vil diagnostiseres og følges opp av fastlegen. Diabetes er en kronisk sykdom, og sykdommens natur gjør at pasienten selv har en stor del av ansvaret for behandlingen. Derfor er det viktig for personer med diabetes å ha kunnskap om og få opplæring i hvordan sykdommen og behandlingen arter seg, samt mestring og motivasjon til å gjøre de nødvendige endringene i livet. I dag vet vi at bare 10 - 15 % av alle som får diagnosen type 2-diabetes i løpet av et år, får tilbud om startopplæring[1]. Mange får i dag en for kortfattet og for lite grundig veiledning i hvordan man bør endre levevaner. Nødvendig rådgivning og veiledning for å oppnå varige endringer av levevaner er omfattende og tidkrevende, og fastlegen kan ikke ivareta god diabetesbehandling alene. Kommunene må ta ansvar for å tilby tverrfaglig kompetanse som kan følge opp risikogrupper, pasienter og pårørende. Dette kan skje for eksempel gjennom oppbygging av Lærings- og

[1] Spørreundersøkelse foretatt av Helsedirektoratet til foretakene i 2007 basert på svar om antall Startkurs og antall deltagere

mestringsenheter som del av lokalmedisinske sentre, ved ambulerende team, og gjerne i forpliktende samarbeid med pasientorganisasjoner.

Opplæring av pasienter (kronikere) fører til bedre mestring av det å leve med en kronisk sykdom. Bedre mestring fører til et bedre liv for kronikeren med flere "gode dager", redusert behov for sykehusinnleggelser, mindre behov for legekonsultasjoner og betydelig nedgang i behovet for sykemeldinger. Kunnskap om egen legemiddelbruk er en viktig del av lærings- og mestringsstrategien.

I en rapport fra WHO kommer det frem at halvparten av kronikere ikke bruker legemidlene sine riktig. Eksempler på dette kan være pasienter med KOLS eller astma som har feil teknikk ved bruk av inhalasjonspreparater, eller pasienter som ikke har fått forståelse for viktigheten av forebyggende behandling og avslutter behandlingen på egenhånd. Pasienter med manglende forståelse av egen legemiddelbruk kan også være utsatt for feilbruk i forbindelse med generisk bytte.

Departementet foreslår at de plikter kommunen allerede i dag har, videreføres i ny lov, jf. lovforslagets § 3-6 hvor det foreslås at kommunen skal tilby opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål til pasienter, brukere og pårørende som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker.

I forhold til sosialtjenesteloven vil dette innebære en videreføring av gjeldende rett. Som nevnt kan det diskuteres i hvilken utstrekning dette vil innebære en ny plikt for kommunen i forhold til dagens kommunehelsetjenestelov. Departementet vil imidlertid vise til at det her er snakk om opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål, noe som tilsier at helsetjenesten bare i mindre grad vil være ansvarlig for å yte tjenesten.

11.6.15 Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse er en måte å organisere opplæring og praktisk bistand på, jf. punkt 11.3.4 om någjeldende sosialtjenestelov § 4-2 bokstav a. Kommunene har plikt til å ha ordningen, men avgjør selv hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker, og om de skal organiseres som BPA.

BPA innebærer at tjenestemottakeren er arbeidsleder for egne faste assistenter og bestemmer innenfor det tildelte timetallet hvilke oppgaver assistentene skal utføre og når det skal skje. BPA har gitt mange personer med nedsatt funksjonsevne større valgfrihet, og utfordret kommunene til å utvikle tjenesteformer som svarer bedre til individuelle behov. Samtidig er det en organisasjonsform som privatiserer tjenestetilbudet, og gjør kvalitetskontroll og innsyn vanskeligere for kommunene.

I følge SSB var det i 2009 om lag 2 500 av omsorgstjenestens 260 000 brukere som mottok BPA. Antall brukere av BPA er økt med 38 prosent i perioden 2005 til 2009.

Kostnader til tjenester organisert som BPA finansieres over kommunenes ordinære rammer. Tjenestetilbudet til brukere av BPA med omfattende tjenestebehov kommer inn under tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester. Over statsbudsjettet er det siden 1994 ytt et stimuleringstilskudd knyttet til rekrutterings- og opplæringstiltak for nye brukere av BPA. Det anslås at knapt 400 av landets kommuner en eller flere ganger har

benyttet tilskuddsordningen fram til i dag. I 2011 foreslås det bevilget 85 mill. kroner til formålet. Økonomisk betyr tilskuddet mindre for kommunene, men har betydning for kompetanseutvikling mht. brukerstyring, assistenter og rettssikkerhet for nye brukere. Det er imidlertid behov for løpende oppfølging av kompetanse, ikke bare i forhold til nye brukere. Departementet vil derfor vurdere om tilskuddsordningen bør legges om for å kunne ivareta brukernes behov for kompetanse og rettssikkerhet bedre.

Ved behandling av statsbudsjettet for 2006 ba Stortinget Regjeringen fremme lovforslag om rett til brukerstyrt personlig assistent (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005-2006)). Som oppfølging av Stortingets vedtak hadde departementet i 2007 på høring et forslag om sterkere rettighetsfesting av BPA. Det ble foreslått at brukere som fyller de alminnelige vilkårene for å motta praktisk bistand og opplæring, og som har behov for mer enn 20 timer bistand per uke, skulle få rett til å få tjenesten organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Høringen reiste flere praktiske og prinsipielle problemstillinger, herunder spørsmål knyttet til arbeidsrett, økonomi, kommunenes organisasjonsfrihet mv.

Høringsrunden viste stor oppslutning (207 uttalelser, hvorav fra 79 kommuner). Et lite mindretall (7) støttet departementets *samlede* forslag. Et annet mindretall (66), hvorav 9 kommuner, støttet lovfesting av individuell rett, men i annen form enn det som lå i høringsnotatet. KS og de fleste kommunene gikk mot lovfesting av individuell rett og mente at utvikling av tjenestetilbudet må skje på annen måte. Flere høringsinstanser viste til bekymring for problemstillinger knyttet til det å være arbeidsgiver, arbeidsleder og assistent i BPA. Høringen viste også at merkostnadene kan bli betydelige, både når det gjelder kostnadene til selve tjenestene og administrasjon av ordningen. Også forhold som påvirker andre sider ved kommunal tjenesteyting, som turnus, rekruttering og kommunalt selvstyre, reiser spørsmål. Individuell rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse er et krav fra flere brukerorganisasjoner. Det fremheves blant annet at en individuell rett til brukerstyrt personlig assistanse vil kunne bidra til mer lik fordeling av tjenesten, og større forutsigbarhet for brukerne. Noen organisasjoner sa i sine høringsuttalelser at målet må være å tydelig definere BPA som "et frigjørings- og antidiskrimineringsverktøy på alle livsområder".

I Sverige er ordningen basert på en rettighetslovgiving og er statlig toppfinansiert. Årlige statlige kostnader har hatt en vekst på 8 til 14 prosent (1995-2007). Danmark har, i likhet med Norge, en rammelovgivning der kommunene tildeler BPA.

Samhandlingsmeldingen viser til økende behov for helse- og omsorgstjenester, knapphet på personell og behov for en bærekraftig langsiktig utvikling. BPA er en organisasjonsform hvor personellinnsatsen knyttes til én bruker, og deling av personell mellom flere brukere er vanskelig. En individuell rettighetsfesting vil føre til at flere brukere velger BPA framfor tradisjonelle omsorgstjenester. En slik utvikling vil over tid gi økt personellbehov og økte kostnader for det offentlige.

På bakgrunn av det som kom fram i høringen i 2007 og behovet for en bærekraftig langsiktig utvikling vil departementet ikke tilrå at det lovfestes en individuell rett til BPA.

Etter ny helse- og omsorgslov vil det fortsatt være kommunen som har ansvar for å yte nødvendige tjenester og som avgjør på hvilken måte tjenestene bør ytes. Departementet foreslår en særskilt plikt for kommunen til å kunne tilby brukerstyrt personlig assistanse, jf § 3-9. Dette innebærer en videreføring av gjeldende rett. Kommunene skal legge vekt på brukerens behov og ønsker. Kommunene vil fortsatt ha plikt til å ha ordningen, men avgjør selv, innenfor rammen av kravet til nødvendige og forsvarlige tjenester, hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker, og om de skal organiseres som BPA. Det er viktig at tjenestene som er organisert som BPA er reelt brukerstyrt. Det er også viktig at det blir gitt tilstrekkelig opplæring, og det vises her til Prop. 1 S (2010-2011) der det for 2011 foreslås bevilget 85 millioner kroner til stimuleringstilskuddet.

Dagens utforming av rettigheter etter sosialtjenesteloven erstattes av den rettslige standarden "nødvendige helse- og omsorgstjenester", jf forslag til endringer i pasientrettighetsloven § 2-1. En slik endret måte å rettighetsfeste sosiale tjenester på er ment å skulle innebære en videreføring av gjeldende rett. Dette vil også gi rom for kommunene til å legge til rette for grader av brukerstyring i tilfeller der bruker ikke selv kan ivareta arbeidsledelsen helt, jf. omtale av "personlig assistanse" under punkt 11.6.7.

Kartlegginger viser at både kommuner og brukere opplever BPA som en god ordning. Det er derfor grunn til å regne med at kommunene vil fortsette å velge BPA etter individuelle og helhetlige vurderinger innenfor rammen av det som ansees som nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I vurderingen kan det for eksempel være relevant å ta hensyn til hvordan disse tjenestene kan bidra til å legge til rette for deltakelse i arbeidslivet mv.

11.6.16 Transport av behandlingspersonell

Transport av behandlingspersonell er aktuelt der pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet, men i stedet må gis ambulant behandling, enten på et annet behandlingssted eller i hjemmet. Det er bare utgifter til transport av behandlingspersonell som er omfattet av denne bestemmelsen. Pasientens eventuelle transportutgifter dekkes i henhold til annet regelverk, jf. pasientrettighetsloven § 2-6.

Kommunens plikt til å sørge for transport av behandlingspersonell foreslås lovfestet i lovforslagets § 5-1 og tilsvarer dagens bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 8.

11.7 Nærmere om forskriftshjemmel

11.7.1 Gjeldende rett

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 femte ledd fremgår det at departementet ved forskrift kan treffe nærmere bestemmelse om den virksomhet som hører under kommunens helsetjeneste, herunder forskrift om oppføring, innredning og drift av og tilsyn med sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Med hjemmel i bestemmelsen er det gitt flere forskrifter som regulerer innhold i tjenestene, og dels også organisering, men da naturlig nok med utgangspunkt i at det av dagens

kommunehelsetjenestelov flere steder stilles krav til hvordan ulike deltjenester skal organiseres.

Sosialtjenesteloven § 2-1 tredje ledd gir hjemmel til å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktenes (etter loven) innhold. Også med hjemmel i denne bestemmelsen er det gitt forskrifter.

Av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a femte ledd fremgår det at departementet i forskrift kan stille krav til tjenester som omfattes av denne loven. Også med hjemmel i denne bestemmelsen er det gitt forskrifter.

11.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Som nevnt er det med hjemmel i dagens lovgivning gitt en rekke forskrifter som regulerer tjenestenes innhold, men dels også tjenestenes organisering. Som nevnt må dette sees i sammenheng med at det i lovteksten i dag flere steder direkte eller indirekte stilles krav til hvordan ulike deltjenester skal organiseres.

Departementet foreslår at det i lovforslagets § 3-2 tredje ledd inntas en hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om krav til *innhold i tjenestene* etter bestemmelsen. Dette er i stor grad videreføring av gjeldende rett og som nevnt er det i dag fastsatt en rekke forskrifter knyttet til kommunens helsetjeneste. Videreføring av slik hjemmel er derfor nødvendig.

I tråd med ønsket om en mer overordnet regulering av kommunens ansvar og plikter, foreslår imidlertid departementet ikke forskriftshjemmel til å gi bestemmelser om tjenestenes organisering. Som nevnt bør kommunene selv vurdere hvordan tjenestene bør organiseres. I tillegg vil forsvarlighetskrav og tilsynsmyndighetenes virksomhet, uansett medføre at kommunene må organisere de ulike tjenestene på en forsvarlig måte.

Forutsatt at Stortinget slutter seg til slik lovregulering, vil det bli behov for gjennomgang av dagens forskrifter. Forslag til nye/endrede forskrifter vil bli sendt på høring. Som følge av at den foreslåtte lovgivning er mer overordnet og organiseringsnøytral enn gjeldende rett, vil det også måtte vurderes hvorvidt forskriftene må justeres i lys av dette.

11.8 Administrative og økonomiske konsekvenser

De oppgavene som er skissert i dette kapittelet innebærer en videreføring av gjeldende rett, og vil følgelig ikke medføre økonomiske eller administrative konsekvenser.

12 Fremtidens kommunerolle og forholdet til spesialisthelsetjenesten

12.1 Innledning

Dagens kommunehelsetjenestelov angir forholdsvis detaljert hva som ligger i det kommunale ansvaret. Loven forstås uttømmende slik at kommunene ikke har noe lovpålagt ansvar for å yte tjenester som ikke positivt er listet opp i loven. Dette gir en lite fleksibel lovgivning som ikke fanger opp den faglige utvikling i feltet. Denne

lovgivningsteknikken har heller ikke klart å hindre at det har oppstått gråsoner (usikkerhet om ansvarsplassering) i forholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Foreliggende lovforslag bygger på en overordnet lovgivningsteknikk som angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- omsorgstjenesten, uten i detalj å angi hvilke tjenester kommunen skal utføre. Det sentrale er at kommunene skal tilby nødvendig helse- og omsorgshjelp som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammer skal yte et forsvarlig, helhetlig og integrert behandlingstilbud. Dette kan også uttrykkes slik at kommunen har ansvaret for å yte de helse- og omsorgstjenester som ikke saklig kan begrunnes/angis som spesialisthelsetjeneste eller tannhelsetjeneste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1 annet ledd.

Det følger av kapittel 11 at dagens rettslige ansvar for kommunene til å yte helse- og omsorgstjenester videreføres i samme omfang. Det er imidlertid departementets oppfatning at det ikke er hensiktsmessig eller praktisk mulig i detalj å angi kommunehelsetjenestens ansvarsområde i loven. Det vil ikke være mulig å detaljert og konkret lovregulere alle oppgaver og tjenester som kommunehelsetjenesten skal ha ansvar for. Dette ville kreve lovbestemmelser som er svært omfattende og komplekse. Videre vil en svært detaljert lovgivning være lite fleksibel og ikke i stand til å ta høyde for den medisinske og faglige utvikling som skjer i tjenestene over tid.

12.2 Departementets vurderinger av forholdet mellom spesialisthelsetjenesteloven og ny kommunal helse- og omsorgslov

Rettslig sett er det vanskelig å dele opp et pasientforløp, i den forstand at man til enhver tid kan peke på hvor ansvaret ligger. I pasientforløpet til en kols-pasient vil man for eksempel ikke kunne peke eksakt på når ansvaret til spesialisthelsetjenesten starter og når kommunehelsetjenesten overtar ansvaret, eller omvendt. I mange tilfeller vil helsehjelpen også gis vekselvis mellom de to tjenestenivåene. Med andre ord er departementet av den oppfatning at det alltid vil være "gråsoner" mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på et overordnet nivå. Dette ligger også implisitt i kravet til helhetlige og integrerte tjenester som er gjennomgående i helselovgivningen.

Det grunnleggende er at tjenestenivåene skal samarbeide slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp. Helseforetaket og kommunen må ut fra forsvarlighetskravet vurdere sin plikt til å yte den helsehjelp som pasienten har behov for. Ved en konkret henvendelse fra en pasient, kan verken helseforetaket eller kommunen avvise pasienten med den begrunnelse at man ikke har ansvaret for den tjenesten pasienten har behov for. Det vil si at dersom en pasient oppsøker kommunehelsetjenesten, må pasienten vurderes, og dersom kommunen ikke kan gi pasienten forsvarlig helsehjelp, må pasienten henvises videre. Dette vil gjelde tilsvarende for spesialisthelsetjenesten. I et konkret tilfelle hvor pasienten ikke har fått oppfylt de rettigheter som følger av lovgivningen, vil klage- og/eller tilsynsinstansen måtte vurdere ut i fra de konkrete omstendigheter hvem som ikke har oppfylt sitt lovpålagte ansvar. På et generelt grunnlag er det likevel ikke mulig til enhver

tid å definere hvor ansvaret ligger i et pasientforløp, i motsetning til konkrete oppgaver og tjenester. Slik er det i lovgivningen i dag, og slik vil den også være i fremtiden.

Departementet er følgelig av den oppfatning at man må erkjenne at det eksisterer "gråsoner" mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at fordelingen av ansvar mellom de to nivåene ikke fullt ut kan løses gjennom lov eller forskriftsregulering. De eventuelle problemer som oppstår som følge av "gråsonene" vil kunne reduseres gjennom lovpålagte avtaler mellom helseforetakene og kommunene. For nærmere omtale av lovpålagte avtaler mellom helseforetak og kommuner, se kapittel 25. I lovforslaget er det minimumsvilkår at avtalene skal omfatte en *"etablering av en felles forståelse av lovgivningens fordeling av helse- og omsorgsoppgaver mellom forvaltningsnivåene og en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse"*. Departementet mener dette vil være et viktig tiltak for å redusere eventuelle problemer som følge av gråsoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I tillegg til å bli enige om en felles forståelse av oppgavefordelingen, skal partene bli enige om organisering og finansiering av oppgaver som det samarbeides om, jf. lovforslagets § 6-2 (8). Departementet ber høringsinstansene komme med andre innspill eller forslag i forhold til hvordan man kan hindre uønskede problemer som følge av "gråsoner" mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

12.3 Fremtidens kommunerolle og forholdet til lovgivningen

12.3.1 Kort om fremtidens kommunerolle

Vurderinger gjort av Helsedirektoratet tilsier at kommunene kan overta anslagsvis 10 % av liggedøgnene og 10 % av de polikliniske konsultasjonene i spesialisthelsetjenesten ved å opprette alternative tilbud i kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratet vurderer potensialet til å være enda større; anslagsvis 20-30 % av døgn og polikliniske konsultasjoner kan like gjerne utføres i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

De polikliniske konsultasjonene omfatter pasientgrupper med kroniske lidelser, bl.a. hjertesykdommer, diabetes, luftsveislidelser (KOLS og astma) og muskel- og skjelettlidelser. I følge Kunnskapssenteret kan det ikke dokumenteres at disse pasientgruppene har signifikant bedre effekt av behandling i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. Liggedøgnene er knyttet til pasienter med kroniske lidelser som bl.a. diabetes, lungesykdommer, hjerte/karsykdommer og muskel- og skjelettlidelser.

Dersom kommunene ikke velger å bygge opp eget tilbud og fortsetter å benytte seg av spesialisthelsetjenestetilbud i samme omfang som tidligere, skal helseforetakene få midlene som er flyttet til kommunene tilbake i form av en døgnsats for utskrivningsklare pasienter og en medfinansieringssats på 20 pst. av pasientbehandling i en mulig avgrenset modell for kommunal medfinansiering. Helseforetakenes økonomiske situasjon vil da være uendret. For nærmere omtale av dette, se kapittel 13, 31 og 32.

Dersom kommunene kan overta og gi kommunale tilbud til alle aktuelle pasienter i løpet av kort tid, vil helseforetakene ikke motta inntekter knyttet til disse pasientene.

Helseforetakene kan da møte en økonomisk omstillingsutfordring som det på forhånd kan være vanskelig å vite omfanget av. Omstillingsutfordringene for spesialisthelsetjenesten vil avhenge av i hvor stor grad kommunene faktisk overtar pasientene. Det er knyttet usikkerhet til kostnadseffektivitet på kort sikt ved overføring av døgnplasser til kommunene. Det er derfor viktig å ha fokus på gevinstrealisering på lengre sikt. Erfaringer fra ulike lokale prosjekter viser at oppbygging av tilbud utenfor helseforetakene har gitt en reduksjon i ø-hjelpsinnleggelser på 20-40 %. Konkrete eksempler fra distriktsmedisinske sentra viser mulighet for enda større gevinstrealisering. Reduserte transportkostnader vil også her kunne gi innsparinger.

Aktivitetene det tas sikte på å overføre vil kunne gis som kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse, og vil innenfor pasientforløpet knytte seg for eksempel til akuttilbud, etterbehandling og observasjon. Dette vil for eksempel kunne bestå i ambulante team, tverrfaglige tilbud og habilitering/rehabiliteringstjenester.

12.3.2 Rettslig vurdering av den nye kommunerollen

Den overføring av aktivitet som beskrives i punkt 12.3.1, viser at det er deler av pasientforløp som er aktuell for "overføring" til kommunehelsetjenesten, og ikke konkrete oppgaver som er mer avgrenset, for eksempel dialysebehandling. En slik "overføring" skjer også i dag gradvis over tid, som følge av faglig og medisinsk utvikling. Utviklingen vil forhåpentligvis bli forsterket som følge av de økonomiske insentiver som foreslås i reformen. For nærmere omtale av økonomiske insentiver, se kapittel 31, 32 og høringsnotat til Nasjonal helse- og omsorgsplan[2]. For å nå samhandlingsreformens mål om mer forebyggende innsats og tidlig intervensjon, mer lokalbaserte tjenester som alternativer til sykehusinnleggelse og bruk av andre spesialisthelsetjenester, er det nødvendig med en styrking og oppbygging av kompetansen i kommunene. Det legges opp til en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene, slik at det må være en gjensidighet mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar aktiviteter. Lovpålagte avtaler vil være rammen for en slik gjensidig tilpasning.

Reformen tar altså sikte på at mer skal gjøres i kommunehelsetjenesten i fremtiden. Lovgivningen vil ikke være til hinder for en slik glidende utvikling av tjenestene. Det er som sagt ikke tale om konkrete oppgaver eller tjenester som skal overføres fra et gitt tidspunkt fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, men en naturlig gliding i tjenestetilbudet. Dette skjer allerede i dag. Likevel vil en slik utvikling over tid kunne medføre at ansvaret i de konkrete tilfellene flyttes. Sagt på en annen måte, i en konkret klage- eller tilsynssak vil man kunne se en endring i avgjørelsen av hvor riktig ansvarsnivå ligger i dag sammenlignet med om 10 år. På samme måte som ansvarsnivået har forflyttet seg fra 1990 frem til i dag. Den medisinsk faglige utviklingen innebærer at en slik glidning skjer naturlig over tid. Det medfører også at kommunen over tid vil kunne få et mer utvidet ansvar for helse- og omsorgstjenesten. De økonomiske insentivene som

[2] Jf. særskilt høring som nå gjennomføres i tilknytning til arbeidet med Nasjonal helse- og omsorgsplan.

reformen tar sikte på å innføre og det foreslåtte lovpålagte samarbeidet vil trolig medføre at denne utviklingen skjer raskere enn den har gjort tidligere.

13 Særlig om kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

13.1 Hva er øyeblikkelig hjelp?

Pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, første punktum, bestemmer at "*pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp*". Hva som regnes som øyeblikkelig hjelp må avgjøres ut fra forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle. Som et alminnelig utgangspunkt omfatter øyeblikkelig hjelp situasjoner der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling blant annet for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art.

En pasient trenger øyeblikkelig hjelp dersom vedkommende er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengende nødvendig. Øyeblikkelig hjelp behøver ikke å bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at pasienten må ha behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting. To pasienter med samme diagnose, symptomer eller plager kan bli vurdert forskjellig med hensyn til behovet for å tilby døgnopphold som øyeblikkelig hjelp. Om behandlingen krever at en annen person bistår pasienten vil en pasient som bor sammen med en frisk ektefelle eller har pårørende i huset kunne få hjelpen hjemme. En annen pasient som bor alene uten mulighet for bistand må imidlertid tilbys døgnopphold med bistand. Det er derfor ikke slik at øyeblikkelig hjelp alltid krever ambulanse. Mange pasienter som får øyeblikkelig hjelp kan ta bil selv til sykehuset eller bli kjørt i drosje. Øyeblikkelig hjelp benyttes som begrep for å skille mer akutte hjelpebehov fra helsehjelp som kan planlegges noen dager, uker eller måneder i forveien.

Fosen kommune har et særlig utbygd døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Fosen Distriktsmedisinske Senter rapporterer at fire typiske pasientgrupper hos dem er følgende;

1. KOLS-pasienter med forverring av tilstanden. Pasientene har en kjent lidelse med en vanlig forverring. Pasientene vet hva slags behandling de trenger, men er ikke i stand til å få denne hjemme. Angst hos pasienter som bor alene forverrer både pusten og opplevelsen av situasjonen. Pasientene vurderes av lege til ikke å være så dårlige at de må inn på sykehus, men de kan heller ikke være hjemme alene og få nødvendig behandling der.
2. Eldre pasienter med ubehag eller smerter i magen. Pasientene vurderes av lege til ikke å være alvorlig syke, men det er vanskelig å utrede tilstanden hjemme eller mens de er på legevakta. De fleste pasientene har en urinveisinfeksjon eller en forstoppelse.
3. Pasienter med kjent angina pectoris og smerteanfall. Angst forverrer ofte situasjonen. Enslige eldre med slike symptomer vil ha nytte av et døgnopphold utenfor hjemmet der de blir sett til, får avklart at dette ikke er noe alvorlig og får nødvendig behandling.
4. Kreftpasienter med forverring av smerter. Nye smerter fører ofte til bekymring om smertene kan ha andre årsaker. En enkel utredning og hjelp til å håndtere smertene bidrar til å roe ned situasjonen.

13.2 Gjeldende rett

Kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd bestemmer at "*landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen*". Det fremgår ikke her uttrykkelig at kommunen har et ansvar for å oppfylle pasientenes rett til øyeblikkelig hjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. Det er likevel sikker rett at begrepet "nødvendig helsetjeneste" også omfatter øyeblikkelig hjelp. Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp fremgår dessuten forutsetningsvis av kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Kommunen skal etter første ledd nr. 5 gi hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner og etter andre ledd sørge for legevaktordning og medisinsk nødmeldetjeneste. Dette står i kontrast til spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første ledd som uttrykkelig regulerer sykehusenes ansvar for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp:

> "Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling".

Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten trenger, og ut fra dette enten sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen eller at det henvises videre til sykehus for nødvendig behandling og oppfølging. Kommunen ivaretar i dag normalt vurderingen av pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp gjennom legevaktordningen. Kommunen vil i praksis kunne påta seg ansvar for utredning, behandling og omsorg ved de mindre alvorlige tilfellene av øyeblikkelig hjelp, forutsatt at de har den nødvendige infrastrukturen og kompetansen. Det må innfortolkes en grense mot de tilstandene som forutsetter utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Grensen vil ikke være entydig for alle kommuner, men vil avhenge av lokale variasjoner i helsetilbudet.

Pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten dersom vedkommende ikke kan behandles forsvarlig i kommunen. Dette følger av kravet til forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell etter helsepersonelloven § 4, samt kommunens plikt til å innrette virksomheten slik at forsvarlighetskravet kan overholdes, jf. helsepersonelloven § 16.

Kommunene har ikke plikt til å ha et tilbud om døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp.

Sosialtjenesteloven har ingen bestemmelser om øyeblikkelig hjelp. Forvaltningslovens alminnelige saksbehandlingsregler tilsier imidlertid at henvendelser skal besvares uten ugrunnet opphold og at hastegraden vil være avgjørende for responstiden.

13.3 Behovet for presisering av lovregulering

Erfaringer tyder på at det er for mange pasienter som behandles og gis omsorg i spesialisthelsetjenesten sett i forhold til hva en naturlig arbeidsdeling med kommunene kunne lede til. Terskelen mellom sykehusbehandling og det kommunale tilbudet er blitt for høy. I samhandlingsmeldingen vises det til at konsekvensen av dette er at pasienter

havner unødig på sykehus selv med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet de har.

Flere pågående samhandlingstiltak viser at ulike former for lokalmedisinske sentra bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet. Samhandlingsmeldingen signaliserer derfor at det er aktuelt å vurdere å bygge opp kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold.

En nylig avgitt rapport fra Helsedirektoratet viser at i 2009 var 114 av 165 innleggelser per 1000 innbyggere øyeblikkelig hjelp. Av disse var 97 av 114 innleggelser per 1000 innbyggere "ikke-kirurgiske pasienter". Mange av disse pasientene er alvorlig syke, men for noen av disse kan kommunehelsetjenesten ha alternative tilbud til sykehus. Gjennom flere forsøk er det vist at det kan etableres kommunale tilbud som er gode alternativer til sykehusinnleggelser for enkelte pasienter. Ved Fosen distriktsmedisinske senter blir om lag 70 % av de pasientene som innlegges som øyeblikkelig hjelp ferdigbehandlet på stedet (som alternativ til sykehusinnleggelse). I kommuner hvor man har etablert slike tilbud faller innleggelsesraten i sykehus med 20-30 prosent. Det er avdekket et stort potensial for samhandling om pasienter med akutte behov. Kommunene bør derfor organisere hastetilbud som alternativ til øyeblikkelig hjelp-innleggelse i sykehus.

På sykehus er det to ulike grupper av innleggelser; Planlagte innleggelse og ikke planlagte innleggelser. Ved planlagte innleggelser sender fastlegen en henvisning og begrunner hvorfor pasienten må innlegges til videre utredning og behandling. Sykehuset vurderer henvisningen og bestemmer at pasienten må innlegges. Pasienten får skriftlig beskjed fra sykehuset om når vedkommende kan komme for innleggelse. Slike inntak skjer på hverdager på dagtid. Det vil i praksis ikke være slike pasienter kommunene kan etablere alternative tilbud til. Det vil ikke være kostnadseffektivt at kommunene bygger opp utredningskompetanse som skal konkurrere med planlagte innleggelser i sykehus. Ved ikke planlagte innleggelser, det vil si øyeblikkelig hjelp, sendes pasienten direkte til sykehuset med en innleggelsesbegjæring fra fastlegen eller legevaktslegen. Dette skjer døgnet rundt uavhengig av om det er hverdag, helg eller helligdag. Mer enn 90 prosent av alle innleggelser på medisinske avdelinger for voksne skjer som ikke planlagte innleggelser. Det er i denne gruppen vi finner pasientene som kommunene kan bygge opp alternative tilbud for.

Inntak i sykehjem og andre typer kommunale korttidsinstitusjoner skjer i dag som planlagte innleggelser på hverdager på dagtid. Selv om det blir ledige senger på sykehjem i helgen eller i høytider står disse sengene ledige frem til det blir hverdag. Nye pasienter får skriftlig beskjed om inntak på samme måte som planlagte innleggelser på sykehus.

Det at man på kommunale institusjoner ikke tar inn pasienter på kveld, natt, helg og i høytider handler både om bemanning, tilgang til lege, måte det fattes vedtak om plass på og sist men ikke minst kultur. Man er ikke vant til å tenke "øyeblikkelig hjelp" selv om behovet ofte er tilstede. Dette fører til at kapasiteten i kommunale institusjoner ikke utnyttes like godt som på sykehus. Det fører også til at kommunale institusjoner i dag i praksis bare i noen grad er alternativ til innleggelser på sykehus fordi "åpningstiden" er så

begrenset. Når pasienter blir lagt inn på sykehus i dag skjer det med andre ord ofte fordi kommunale døgntilbud ikke er "åpne" for inntak og ikke fordi pasienten må på sykehus.

13.4 Departementets vurderinger og forslag

Det grunnleggende virkemidlet for å få til en dreining mot behandling i kommunene fremfor i sykehus er de økonomiske insentivene som omtales i kapitlene 30 og 31. Departementet vil i punkt 13.4.1 redegjøre for forslag til presisering og videreføring av kommunens ansvar for å yte øyeblikkelig helsehjelp og om nødvendig vise videre til tilbud i spesialisthelsetjenesten eller egnet tilbud i kommunen.

I punkt 13.4.2 redegjøres det for innretning av kommunenes tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Det bes om synspunkter fra høringsinstansene på om kommunene eventuelt bør pålegges en plikt til å ha et slikt tilbud.

13.4.1 Plikt for kommunene til å motta og vurdere pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

Departementet ønsker å støtte opp under en utvikling hvor kommunene selv mottar og vurderer om pasientene kan få gode helse- og omsorgstilbud i kommunen, eller om pasienten må henvises til spesialisthelsetjenesten. Det er også ønskelig å speile spesialisthelsetjenestens ansvar med en tilsvarende uttrykkelig regulering av kommunens ansvar i ny helse- og omsorgstjenestelov. Departementet foreslår derfor å presisere i ny lov at kommunen skal motta pasienter som trenger helsehjelp for undersøkelse og om nødvendig behandling, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Dette anses som en videreføring av gjeldende rett.

Forslaget innebærer at kommunen må sørge for at pasientene mottas for undersøkelse og, om nødvendig, også for behandling eller annen helsehjelp som kommunene selv kan yte. Ved mer eller mindre akutte behov for helsehjelp som ikke krever spesialisthelsetjenestens særskilte kompetanse, er det viktig å fatte raske avgjørelser om pasienten kan få et tilbud i kommunen eller om spesialisthelsetjenesten må oppsøkes. Plikt til å sørge for forsvarlige tjenester er førende for hvordan kommunen velger å organisere sine tjenester slik at pasient og bruker kan få et forsvarlig tilbud om rask vurdering av sitt behov for helse- og omsorgstjenester.

Plikten gjelder kun for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg. I den grad kommunen ikke har etablert et relevant tilbud i form av institusjoner, hjemmetjenester eller kompetanse, må pasientene om nødvendig henvises til spesialisthelsetjenesten.

Departementet anser at det bør være opp til den enkelte kommune å beslutte hvordan den best kan løse behovet for raske avklaringer av pasientenes hjelpebehov i de kommunale tjenestene. Det er derfor ikke hensiktsmessig å regulere hvordan kommunen skal innrette seg for å foreta de nødvendige vurderingene i tide. Imidlertid forutsettes det at

vurderingene foretas av kompetent helsefaglig personell. I dag ivaretas funksjonen som regel av legevakten eller fastlegen. Andre eksempler kan være kommunelegen, vakthavende på sykehjem eller skammel-institusjon/intermediære tjenester.

13.4.2 Døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp

Samhandlingsreformen innebærer at en større del av pasientforløpene foreslås overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Konsekvensen av dette er at kommunene i større grad enn i dag vil måtte foreta reelle avveininger av om pasienten skal henvises til kommunale tilbud eller til spesialisthelsetjenesten.

Dersom en større del av pasientbehandlingen skal foregå i kommunene vil det kunne være behov for at kommunene i større grad tilbyr døgnopphold for helse- og omsorgstjenester, herunder døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Oppgaven gjelder kun for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg. I hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling. Dette er som nevnt i punkt 13.3 pasienter som kommunen allerede i dag tar ansvar for i sykehjem, i andre korttidsinstitusjoner og på legevakt. Den ønskede utviklingen innebærer derfor ikke at kommunen skal ta seg av nye pasientgrupper. Kommunen skal legge til rette for at de pasientgruppene som den uansett skal hjelpe, får hjelp selv om behovet oppstår utenfor åpningstidene. Det må forutsettes at allmenntilstanden ikke tilsier at det er behov for sykehusinnleggelse. Like viktig er det at partene i de lovpålagte avtalene forsøker å utarbeide nærmere kriterier for hvilke pasienter som ikke kan få sine tilbud i kommunen. Det er grunnleggende at pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten dersom pasienten ikke kan behandles forsvarlig i kommunen. Dersom det er tvil om pasienten vil få forsvarlig behandling i kommunen, skal pasienten henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Ved øyeblikkelig hjelp er det normalt legevakten eller fastlegen som foretar den konkrete vurderingen av hvor pasienten bør få sin behandling. For eksempel vil pasienter med behov for større kirurgiske inngrep som regel ha behov for innleggelse i sykehus.

Der hvor kommunene oppretter tilbud om øyeblikkelig hjelp, må inntaksprosedyrene tilpasses hastegraden, for eksempel slik at tilbud om øyeblikkelig hjelp må gis uten ugrunnet opphold og på bakgrunn av en medisinskfaglig vurdering. For øvrig vises til kapittel 9 om forholdet til forvaltningsloven.

Lovpålagte samarbeidsavtaler og økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner, jf. omtale i punkt 13.5, vil legge til rette for at både helseforetak og kommunene ser seg tjent med å opprette slike tilbud i kommunene. For pasientene er det en fordel å få et tilbud lokalt.

For å sikre at kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp er tilgjengelige utenom dagens ordinære "åpningstid", kan det eventuelt også være behov for et lovpålegg. Plikten bør i så fall speile det ansvaret spesialisthelsetjenesten har for å motta pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. En lovfesting av plikten vil kunne gi et tydelig signal om at kommunene skal bidra aktivt til en utvikling hvor flere aktiviteter naturlig organiseres og

utføres på lokalt nivå, nær pasienten. På denne bakgrunn ber departementet høringsinstansene om særskilt å kommentere behovet for å lovfeste i ny lov § 3-5 at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Departementet ber også om kommentarer til om en slik eventuell lovfesting bør suppleres med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med regionalt helseforetak eller helseforetak om at sistnevnte skal utføre oppgavene på vegne av kommunen. Helseforetaket skal i så fall ikke kunne motsette seg en slik løsning.

13.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om at kommunen skal motta pasienter med behov for ulike grader av øyeblikkelig hjelp for vurdering er en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett og vil derfor ikke få administrative eller økonomiske konsekvenser. Legevakten eller andre som delegeres myndighet fra kommunen til å vurdere på hvilket nivå pasienten bør gis helsehjelp, vil få flere valgmuligheter etter hvert som kommunen overtar en større del av pasientforløpet til ulike pasientgrupper.

Et kommunalt tilbud om døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp erstatter ikke spesialisthelsetjenestens ansvar for øyeblikkelig hjelp. Det døgnåpne tilbudet vil finansieres av kommunenes frie inntekter og eventuelle bidrag fra helseforetakene. Kommunen vil kunne ivareta oppgaven ved at partene i de lovpålagte avtalene blir enige om at helseforetaket skal utføre oppgavene på vegne av kommunen. Kommunene betaler da kommunal medfinansiering for slike opphold til helseforetaket. Helseforetaket skal ikke kunne motsette seg en slik løsning.

Dersom kommunalt tilbud benyttes vil kommunene beholde disse midlene. Midlene som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene i forbindelse med kommunal medfinansiering vil imidlertid ikke alene kunne fullfinansiere alternative tilbud i kommunene og eventuelle nyinvesteringer. Departementet vil innenfor et samlet økonomisk opplegg kunne stille krav til at regionale helseforetak i samarbeid med kommuner kartlegger muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter til erstatning for eksisterende behandling i sykehus, og innarbeider dette i sitt plan- og meldingssystem. Beslutningsmyndighet for investeringer finansiert av helseforetakene skal fortsatt ligge hos helseforetakene. En samarbeidsmodell mellom helseforetak og kommuner bygger på praksis som allerede er etablert flere steder.. En slik modell vil gi et insentiv for regionale helseforetak til å medvirke til opprettelse av mindre kostnadskrevende tilbud nærmere pasienten. En slik modell sikrer også at tiltak i kommunehelsetjenesten bygges ut i takt med at spesialisthelsetjenestens tilpassing til nye tilbud ute.

Faktisk kostnad for den enkelte kommune vil avhenge av lokale forhold og hvordan kommuner og spesialisthelsetjenesten organiserer tilbudet og av forholdet mellom gjennomsnitts- og marginalkostnader i helseforetak og i kommunene. Lokale forhold vil avgjøre behovet i hver enkelt kommune og hvordan kommunene vil organisere virksomheten. Noen kommuner har opprettet tilbud, andre vil ha behov for etablering av nye døgnplasser. Noen kan benytte eksisterende bygg for eksempel korttidsplasser på

sykehjem, andre kommuner vil investere i nye bygg. Kommunene bør ha stor frihet til å organisere tjenester, og det er derfor ikke hensiktsmessig at sentrale myndigheter definerer de organisatoriske og strukturelle rammer.

Det er i samhandlingsmeldingen også forutsatt at en større del av veksten i helsebudsjettene i årene fremover skal komme i kommunene. Regjeringen utreder en helhetlig finansieringsmodell som skal legge til rette for at kommunene kan overta døgnopphold tilsvarende 10 prosent av liggedøgn i spesialisthelsetjenesten knyttet til blant annet somatiske observasjonssenger, akuttplasser og utskrivingsklare somatiske pasienter. Det vil også bli gitt en omtale av aktuelle tiltak i høringen som et ledd i arbeidet med nasjonal helse- og omsorgsplan.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på økonomiske og administrative konsekvenser av en eventuell lovregulering.

14 Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

14.1 Innledning

Forslagene til helse- og omsorgslov og til ny folkehelselov skal sammen erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og folkehelseloven for fylkeskommunene.

Regelverket for både helsefremmende og forebyggende helsetjenester i kommunen og kommunenes folkehelsearbeid følger i dag av kommunehelsetjenesteloven. I lovforslagene er dette delt slik at bestemmelsene om helse- og omsorgstjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen følger av helse- og omsorgsloven mens bestemmelsene om folkehelsearbeidet, herunder miljørettet helsevern, følger av forslaget til ny folkehelselov. Dette er til en viss grad overlappende, og det er gitt en nærmere omtale av forholdet mellom de to lovene under høringsnotatets punkt 7.10 og i punkt 10.2.1 i høringsnotatet om forslaget til ny folkehelselov. Fylkeskommunens særskilte ansvar for helsefremmende og forebyggende tjenester med hensyn på tannhelse følger av lov om tannhelsetjenesten og forslaget til ny folkehelselov. Tannhelsetjenesteloven er også under revisjon og eventuelle endringer av bestemmelsene vil bli vurdert i lys av forslag til helse- og omsorgslov og til ny folkehelselov. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til forslag til endringer av tannhelsetjenesteloven i eget høringsnotat. Dette kapitlet omhandler forebyggingsinnsatsen i de kommunale tjenestene.

14.1.1 Utfordringsbildet

Sykdomsutviklingen i den norske befolkningen kan i økende grad knyttes til levevaner og helseatferd (hjerte/kar, kreft, KOLS, diabetes og rusavhengighet). En stadig større del av sykdomsbyrden er kronisk. Selv om vi klarer å gjøre noe med dagens helseutfordringer vil denne utviklingen fortsette, dels fordi medisinske framskritt gjør at flere overlever og lever med sykdom, og dels fordi grunnlaget for kroniske lidelser i de neste årene allerede er lagt og ikke minst at befolkningen stadig blir eldre. Det vil i årene framover bli et

økende behov for forebyggende bruk av medikamenter, kontroller og gjentatt behandling. Usunne levevaner blant yngre generasjoner vil føre til økt risiko for overvekt, diabetes type-2, hjerte- og karsykdommer, samt muskel og skjelettplager

De sosiale helseforskjellene er relativt store i Norge, og de er økende. Atferd som gir økt risiko for sykdom er mest utbredt i grupper med kort utdanning og lav inntekt. I tillegg er forekomsten av overvekt og fedme, diabetes type 2, høyt blodtrykk og høyt kolesterol er høyere, og økende, i enkelte grupper i innvandrerbefolkningen. Dette er sykdommer som i stor grad er relatert til levevaner og livsstil.

Psykiske lidelser er en viktig årsak til for tidlig død, og en av de viktigste årsakene til uførhet, sykefravær og nedsatt livskvalitet. De vanligste tilstandene er angst, depresjon og alkoholmisbruk. Forekomsten av psykisk sykdom har ikke økt de siste årene, men oppmerksomheten om slike lidelser har økt, og flere får behandling. Psykiske lidelser oppstår ofte tidlig i livet og blir i mange tilfeller en kronisk tilstand med bedring og tilbakefall. Blant eldre er demens den alvorligste og mest utbredte tilstanden. Sannsynligheten for å få demens øker med alderen. Siden den demografiske utviklingen vil gi flere eldre, vil forekomsten av demens trolig øke fra rundt 70.000 i dag til det dobbelte i løpet av noen tiår.

Alkoholmisbruk er ett av vår tids største helseproblemer og er etter tobakk den viktigste årsaken til uførhet, sykdom og tidlig død i høyinntektsland.[3] Norge har et relativt lavt totalforbruk av alkohol i europeisk målestokk, men forbruket har steget de siste årene, særlig blant kvinner. Også bruk av illegale rusmidler er forbundet med betydelig sykelighet og høy dødelighet. Det er en sterk sammenheng mellom rusmiddelrelaterte problemer, psykiske lidelser og fattigdom, og de menneskelige, sosiale og økonomiske konsekvensene er store.

Det vises for øvrig til kapittel 3 med omtale av utfordringer som vil kreve økt satsing på forebyggende arbeid og punkt 11.6.8 om psykisk helse og rus.

14.1.2 Forebyggende helsetjenester

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer helse og trivsel, forebygger sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt innsats for en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Forebyggende helsetjenester er et viktig bidrag i det lokale folkehelsearbeidet, samt også i spesialisthelsetjenesten. Videre har helsetjenesten en viktig pådriverrolle i kommunen for å sikre at helsefremmende arbeid ivaretas i kommunens planarbeid, i skoler og barnehager (for eksempel antimobbekampanjer), arbeidsliv og nærmiljø, og for at det tilrettelegges for gode kostvaner, fysisk aktivitet, redusert bruk av tobakk- og alkohol, og rusfrihet for illegale rusmidler.

Folkehelsearbeid kan deles i *helsefremming* og *sykdomsforebygging*.

[3] Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks, Nonserial Publication, World Health Organization 2009

Helsefremming kan omtales som det offensive, proaktive arbeidet, som innebærer å skape et godt grunnlag for befolkningens helse.

Sykdomsforebygging kan forstås som en mer defensiv tilnærming, som innebærer å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre at sykdom oppstår.

I det praktiske folkehelsearbeidet vil innsats langs de to aksene utfylle og overlappe hverandre. De fleste helsefremmende tiltak vil også ha en sykdomsforebyggende effekt og det meste av det som gjøres av sykdomsforebygging, har også potensial for å styrke og fremme helsen.

En sentral utfordring som påpekes i samhandlingsmeldingen er at tjenestene preges av for lite innsats for å begrense og forebygge sykdom. Forebygging kan bremse eller forhindre utvikling av sykdom og forhindre at en etablert sykdom forverres/fører til komplikasjoner og gi gevinst både for pasienten og for samfunnet. Slik innsats er viktig i alle faser av et pasientforløp.

Helse- og omsorgsloven regulerer helsetjenestene som kommunene skal sørge for å tilby befolkningen. I teori om forebyggingsbegrepet har det tradisjonelt vært skilt mellom tre nivåer[4]:

1. Primær forebygging - innebærer å styrke helsen og hindre utvikling av sykdom, skade eller lyte. Eksempler er opplysningskampanjer, undervisning og annen helseopplysning, vaksinasjon og ulykkesforebygging.
2. Sekundærforebyggende arbeid har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er blitt diagnostisert. Sekundærforebyggende arbeid er ikke alltid lett å skille fra behandlings-virksomhet. Eksempler på sekundærforebyggende arbeid er kostholdsrådgivning til personer som har fått koronar hjertesykdom, veiledning og oppfølging av personer med risikofylt alkoholbruk, medikamentell behandling for å senke kolesterol eller blodtrykk, tilpasset fysisk aktivitet, røykeavvenning, kostholdsveiledning mv.
3. Tertiærforebyggende arbeid tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensene opp mot rehabilitering og pleietiltak, samt lærings- og mestringstilbud er i praksis ofte uklare. Eksempler på tertiærforebyggende tiltak er fysioterapi etter benbrudd og sosiale støttetiltak ved psykisk sykdom.

Dette kapitlet omhandler alle disse tre typene forebygging, i det videre omtalt som forebyggende helsetjenester.

Helsepersonell har en særlig god posisjon for å identifisere personer med etablerte risikofaktorer, herunder levevaner som gir økt risiko for utvikling av sykdom. Forskning viser at helsepersonell er den gruppen av fagfolk som befolkningen har størst tiltro til når det gjelder å få råd om levevaner. Det er i tillegg dokumentert at veiledning av helsepersonell om levevaner har god effekt på endring av adferd og reduksjon i risiko for sykdom. Hyppig veiledning supplert med oppfølgingstiltak gir ytterligere økt effekt, som

[4] Kilde: Store norske leksikon – forfatter Geir Sverre Braut

for eksempel tilbud om oppfølging i forhold til ernæring og fysisk aktivitet. Det er godt dokumentert at kvalifisert veiledning kombinert med medikamentell behandling har den beste effekten for å oppnå røykeslutt. Det er vist at intensiv veiledning og oppfølging av kosthold og fysisk aktivitet kan mer enn halvere risikoen for å utvikle diabetes hos personer med overvekt og redusert glukosetoleranse. Veiledning og oppfølging i primærhelsetjenesten av personer med risikofylt alkoholbruk er også dokumentert effektivt og er en metode som bør brukes mer.

14.2 Gjeldende rett

Forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid er i dag regulert primært i kommunehelsetjenesteloven. I tillegg er det gitt flere lover som regulerer nærmere bestemte temaer som har forebyggingsformål. Dette gjelder for eksempel alkoholloven, tobakkskadeloven, tannhelsetjenesteloven, smittevernloven og strålevernloven.

Formålsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-2 har et tydelig forebyggingsperspektiv:

> "Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen."

Videre skal kommunens helsetjeneste etter § 1-3 nr. 1 omfatte oppgaver som fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Forebyggende tiltak skal organiseres som miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, helsetjenester i skoler, opplysningsvirksomhet og fengselshelsetjenester. Svangerskaps- og barselomsorg er i utgangspunktet forebyggende helsetjenester.

Forebyggende innsats kan også være helsehjelp som ytes innenfor allmennlegetjeneste, pleie- og omsorgstjeneste mv.

Etter sosialtjenesteloven § 3-1 skal:

> "sosialtjenesten gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer. Videre skal tjenesten søke å legge forholdene til rette for å utvikle og styrke sosialt fellesskap og solidaritet i nærmiljøet. Gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet skal sosialtjenesten arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk."

Sosialtjenesten skal videre arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

Sosialtjenestens plikt til å gi individuell opplysning, råd og veiledning er regulert i lovens § 4-1. Siktemålet med denne bestemmelsen er ikke bare å løse eksisterende problemer, men også å søke å forebygge at problemer oppstår. Bestemmelsen omfatter alt fra rutinemessig henvisning til andre instanser til personlig råd og veiledning og familiebehandling.

Tobakkskadeloven og alkoholloven har som formål å begrense de helseskader som henholdsvis bruk av tobakk og alkohol medfører. Loven regulerer ikke tiltak i helsetjenesten, men stiller krav til omsetning og bruk av disse varene. Tobakksskadeloven regulerer salg og bruk av tobakksvarer, bl.a. gjennom aldersgrenser, merkekrav, reklameforbud, samt røykeforbud i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang. Kommunene har tilsynsansvar for overholdelsen av røykeforbudet. Utover dette er ikke kommunene i dag pålagt noen spesiell plikt til forebygging av tobakksskader i tobakksskadeloven. Etter alkoholloven har kommunene ansvar for å regulere tilgjengeligheten til alkohol i sin kommune gjennom salgs- og skjenkebevillingsordningen og de har en plikt til å føre kontroll med salgs- og skjenkesteder.

14.3 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

14.3.1 NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten

Utvalget har i lovutkastet § 1-1 foreslått at formålet med loven bl.a. skal være å bidra til å sikre trygge og forsvarlige levekår og fremme folkehelse og gode sosiale og miljømessige forhold ved opplysning og annen forebyggende virksomhet.

Videre har utvalget foreslått en egen paragraf (§ 2-1) om kommunens ansvar for forebyggende og helsefremmende virksomhet. Denne inneholder en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-4 og av virksomhet regulert i sosialtjenesteloven § 3-1 i om krav til oversikt. For øvrig er folkehelsearbeid og sosialt forebyggende virksomhet lite omtalt av utvalget.

De høringsinstansene som har uttalt seg om folkehelsearbeid, helsefremmede og forebyggende arbeid og sosial forebyggende virksomhet påpeker at dette i liten grad er ivaretatt av utvalget.

Flertallet av de *kommuner* som har uttalt seg mener at lovforslaget i større grad må sikre forebyggende helsearbeid, samfunnsmedisin og miljørettet helsevern, og savner særlig regulering av kommunelegefunksjonen.

Norsk Sykepleierforbund er bekymret for at det forebyggende arbeidet synes å nedtones til fordel for det kurative, og understreker at befolkningens helse fortsatt må være et høyt prioritert samfunnsansvar, og at kommunene må tilby forebyggende tjenester til alle sine innbyggere for å redusere helsesvikt og for å lære mennesker hvordan de kan ivareta sin egen helse. *Sosial- og helsedirektoratet* mener det er behov for å sikre at kommunene faktisk arbeider med forebyggende arbeid både ovenfor befolkningen generelt, for utsatte grupper og ved behov, på individuell basis. Direktoratet mener dette ikke er godt nok presisert i utkastet til ny lov.

14.3.2 St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge

Under mottoet ”forebygge mer og reparere mindre” legges det i Stortingsmeldingen føringer for å styrke forebyggingsinnsatsen både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I meldingen foreslås innført en stimuleringstakst for leger til

livsstilsveiledning framfor medikamentell behandling av pasienter med definert sykdom og sykdomsrisiko, og samtidig varsles oppfølgingstilbud som hjelp til omlegging av helseatferd. Takst for såkalt grønn resept (livsstilsveiledning) ble innført fra 1. oktober 2003 og det har siden pågått utvikling og etablering av lokalbaserte tilbud som henvisningssted for pasienter som har fått forskrevet grønn resept.

Meldingen vektlegger betydningen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten for tidlig identifisering av risikogrupper og tidlig forebyggende innsats. Meldingen påpeker behovet for å styrke kapasitet og kompetanse særlig i skolehelsetjenesten for å gjøre denne forebyggende tjenesten lettere tilgjengelig.

14.3.3 St. meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal Strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Det overordnede mål for denne strategien er å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse. Meldingen påpeker at innsats for å utjevne sosiale helseforskjeller må omfatte både universelle tiltak rettet mot hele befolkningen og tiltak målrettet mot risikogrupper.

For å sikre sosial utjevning i helseatferd framhever meldingen betydningen av å legge større vekt på pris- og tilgjengelighetsvirkemidler i arbeidet med å forebygge livsstilssykdommer, og konkret foreslås det at "*Regjeringen vil satse på livsstilsveiledning i helsetjenesten, herunder styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten."*

I meldingen erkjennes at det er begrenset kunnskap om sammenhengen mellom sosial bakgrunn og behandling i helsetjenesten, og det bemerkes at tjenestene skal være tilgjengelige for alle uavhengig av sosial bakgrunn og bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. Konkret foreslås det at *"Regjeringen vil styrke kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgang til helsetjenester og videreutvikle tilrettelagte tilbud for å sikre et likeverdig tjenestetilbud."*

14.3.4 St.meld. nr. 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen

St. meld. nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* legger føringer for å styrke forebyggingsinnsatsen som en viktig del av en ny framtidig kommunerolle. Det varsles at Regjeringen framover vil legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helsesektorens samlede budsjetter kommer i form av fri inntekter til kommunene, og at regjeringen innenfor denne veksten vil styrke det forebyggende arbeidet. Samtidig varsles en nærmere gjennomgang og tydeliggjøring av kommunenes ansvar for folkehelse.

Meldingen viser til at kommunehelsetjenesteloven i utgangspunktet er en god lov for helsefremmende og forebyggende arbeid ved at den stiller krav bl.a. til helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, opplysningsvirksomhet og helseovervåking mv, Likevel viser det seg, bl.a. i tilsynssaker at det i praksis er vanskelig å stille krav til forebygging.

I meldingen vises det blant annet til at kapasiteten i skolehelsetjenesten er for dårlig, og at målet er å utvikle tjenesten til et lavterskeltilbud som blant annet skal bidra til tidlig hjelp

på riktig nivå. Forebyggende innsats skal spisses inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt. Dette vil kreve et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av somatisk og psykisk sykdom.

I meldingen fremheves særlig fem områder som det er nærliggende at kommunene fokuserer på. Blant disse områdene er at kommunene må organisatorisk ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå, kompetanseoppbygging innen blant annet ernæring og samfunnsmedisin i tillegg til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

14.3.5 Innst. 212 Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform

Ved Stortingets behandling av meldingen gir helse- og omsorgskomiteen tilslutning til behovet for styrket forebyggende innsats, jf. Innst. 212 S side 27 første spalte:

> "Komiteen deler fullt ut regjeringens ønske om å styrke det forebyggende helsearbeidet. Dette er en viktig del av begrunnelsen for samhandlingsreformen som gir kommunene et større ansvar. Investering i forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon vil over tid gi sparte helsekostnader, men det er likevel ikke slik at effekten kan hentes ut gjennom årlige budsjetter. Dette må det tas høyde for i finansieringen av helsesektoren."

Komiteen uttaler behov for forebyggende innsats både i og utenfor helsetjenesten, og at innsats må settes inn før sykdom og helseplager oppstår.:

> ".... Komiteen legger til grunn at det trengs en økt innsats på bred front for bedre folkehelse, og at de ulike ledd i helsetjenestene bidrar til dette på best mulig måte. En stor del av folkehelsearbeidet må skje lokalt og der de kommunale helsetjenestene blir involvert på ulike måter."

Videre uttaler komiteen på side 18 andre spalte:

> "Komiteen vil samtidig understreke helsetjenestens ansvar og mulighet for forebyggende og helsefremmende arbeid. Komiteen gir sin tilslutning til aktuelle statusbeskrivelser som fremkommer i stortingsmeldingen, og støtter at alle ledd i helsetjenesten skal ha ansvar for forebyggende arbeid og for behandling, habilitering/rehabilitering og mestring. Komiteen mener at spesialisthelsetjenesten må få et tydeligere ansvar for forebyggende arbeid og for vektlegging av mestring som mål for god behandling, men understreker samtidig at hoveddelen av det forebyggende og helsefremmende arbeid best kan gjøres på de omsorgsnivåer som er nær pasientens hjem og bosted."

Komiteens flertall understreker at det:

> "gjennom lovgivningen bl.a. i ny helse- og omsorgslov for kommunene fastsettes en klarere ansvarsfordeling mellom helseforetakene og kommunen. En slik klarhet er viktig for godt samarbeid og god samhandling. I dette lovverket må, der det er mulig og hensiktsmessig, det konkretiseres hvilke nye oppgaver kommunene skal få ansvaret for. Flertallet vil understreke at prinsippet om at alle kommuner har ansvar for de samme tjenestene, skal ligge fast også på helseområdet. Komiteen viser til at en ny rolle for kommunehelsetjenesten med utvidet

ansvar for forebygging, diagnostikk, behandling og habilitering/rehabilitering er bærebjelken i samhandlingsreformen."

Komiteen presiserer betydningen av forebyggende arbeid innenfor tannhelse på side 34 i punkt 3.10:

"Komiteen registrerer at tannhelse er lite nevnt i meldingen. En god tannhelse er, slik komiteen ser det, et viktig forebyggende tiltak som kan hindre innleggelser og plager for den enkelte."

I punkt 3.3.5 uttaler komiteen at det må stilles krav til kommunene i lovverket:

"Komiteen støtter at det tas utgangspunkt i at kommunenes fremtidige oppgaver skal reguleres ved å tydeliggjøre ansvarsbeskrivelsen i kommunehelsetjenesteloven (…)."

I innstillingens punkt 3.4 bemerker komiteen at det forebyggende helsearbeidet i dag ikke er tilstrekkelig forpliktende i sentrale deler av lovverket og at tilsyn viser at det er vanskelig å stille krav til forebygging.

14.3.6 St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.

I stortingsmeldingen legges det opp til strategier for å møte utfordringene i tannhelsetjenesten. Regjeringen uttaler i meldingen at den vil styrke tannhelsetjenestens deltagelse i det generelle folkehelsearbeidet gjennom videreutvikling av partnerskap mellom fylkeskommunen og kommunene.

14.4 Departementets vurdering og forslag

14.4.1 Generelt

Kommunen er en den sentrale arenaen for folkehelsearbeid, forebyggende og helsefremmende arbeid. Kommunen sitter med viktige virkemidler bl.a. gjennom nærhet til innbyggerne, som sentral tjenesteyter innen skole og barnehage, teknisk infrastruktur, og innen helse og sosialtjenesten, og som areal- og samfunnsplanlegger og utvikler. Videre skal kommunen bl.a. gjennom helsetjenesten, til enhver tid inneha nødvendig kunnskap og informasjon om helsetilstand og helseutfordringer i kommunen.

Mye forebyggende arbeid kjennetegnes med at det er langsiktig, dvs. at virkningene av forebyggende innsats ikke skjer umiddelbart. Videre betinger forebyggende innsats ofte medvirkning og involvering av andre sektorer, jf. bl.a. skole, kultur, frivillige sektor og teknisk sektor. Ofte er det også sammensatte årsaks – virkningsforhold, noe som gjør det vanskelig å måle resultater direkte på helsen fra enkeltaktiviteter.

På individnivå kan det være vanskelig å forutse hvem som nyter godt av forebyggende innsats og ikke, da dette ofte først er synlig på gruppe- og populasjonsnivå. Økonomisk er det helseforetakene og staten som har størst interesse av at kommunen arbeider med folkehelse og forebygging.

Et utgangspunkt for forslaget til kommunal helse- og omsorgslov er at kommunens ansvar og oppgaver etter loven skal knyttes opp mot sørge for ansvar og forsvarlighet. Forsvarlighetskravet som rettslig standard vil være tydelig for diagnostikk og behandling og noen typer rehabilitering. Det er imidlertid vanskeligere å sette krav til resultat ved forebyggende helsetjenester med utgangspunkt i forsvarlighet. Imidlertid vet en i økende grad også hvilke tiltak som er faglig forsvarlig på individnivå i forhold til forebyggende tiltak. For eksempel kan alle pasienter spørres av sin fastlege om levevaner, for eksempel om de røyker eller har et risikofylt forbruk av alkohol, og få tilbud om hjelp og oppfølging om de ønsker det. Departementet arbeider for tiden med en ny tobakksstrategi for perioden 2011-2015, og her vil det være et spesielt fokus på hvordan det kan sikres at røykeavvenning blir del av et systematisk helsetilbud.

Forebyggende tjenester blir ofte i mindre grad etterspurt enn andre typer helse- og omsorgstjenester i kommunen. Et unntak er svangerskapskontroller og helsestasjonstjenester. Videre har forebyggende helsetjenester et lengre tidsperspektiv og er generelt vanskeligere å dokumentere effekt av enn det som er tilfellet for andre helse- og omsorgstjenester. For eksempel vil det å legge til rette for sunne levevaner blant barn og unge ha en positiv helseeffekt gjennom hele livet, også i forhold til funksjonsevne i eldre år. Dette gir utfordringer i forhold til de offentlige budsjettsystemenes innretning. Tiltak med god samfunnsmessig effekt vil i et kortsiktig perspektiv framstå som kostnader, og det vil først være i et langsiktig tidsperspektiv at den positive kost-nytte-effekten framstår.

Med utgangspunkt i forsvarlighet er det en risiko for at kommunene nedprioriterer forebyggende helsetjenester. Å unnlate å arbeide forebyggende gir en mindre direkte målbar konsekvens for kommunen enn å unnlate å tilby andre helse- og omsorgstjenester. Dette gjør det også vanskeligere å føre tilsyn med forebyggende tjenester. Tilsyn vil dermed også kunne føre til en prioritering av andre tjenester fremfor forebyggende tjenester.

Mens andre helse- og omsorgstjenester kan omtales mer generelt og knyttes sterkt opp mot ansvaret for nødvendige helse- og omsorgstjenester og forsvarlighet, er det departementets vurdering at forebyggende tjenester må omtales mer konkret i forhold til hvilke tjenester som faktisk må ytes. En regulering av helsetjenestene som baserer seg på at pasienter og brukere har en rettighet som korresponderer med kommunens plikt til å yte tjeneste, kan i for liten grad fange opp de forebyggende helsetjenestene.

Ut fra hensynet til blant annet balansen mellom innsats som reduserer behovet for helse- og omsorgstjenester i fremtiden og det å dekke umiddelbare behov, mener departementet det fortsatt må være en plikt for kommunene å tilby forebyggende helsetjenester.

14.4.2 Opplysning, råd og veiledning

Kommunen har et ansvar for å forebygge både somatisk og psykisk lidelse og rusmiddel-avhengighet. For å sikre en bærekraftig utvikling tydeliggjør samhandlingsmeldingen at dette bør være en prioritert oppgave i tiden fremover. I dette ligger også oppsøkende virksomhet overfor utsatte grupper, samt opplysningsvirksomhet, rådgivnings- og

veiledningstjenester for eksempel gjennom lærings- og mestringstilbud, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, mv. Det er av sentral betydning at dette ikke bare har en medisinsk tilnærming, men at kommunen også sikrer en helhetlig og sosialfaglig tilnærming til dette arbeidet.

Dagens kommunehelsetjenestelov slår i § 1–3, første ledd nr.1 bokstav e, fast at opplysningsvirksomhet er en av oppgavene under helsetjenesten. Opplysningsvirksomhet i denne forbindelse er ment å utgjøre en del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Vi vet at 60 til 90 prosent av alle krefttilfeller skyldes livsstil eller miljøfaktorer. For hjerte- og karsykdommene er røyking, feilernæring og fysisk inaktivitet vesentlige årsaksfaktorer. Dette kan tjene som utgangspunkt fordi vanlige mennesker selv kan gjøre noe med disse forholdene. Målsettingen med helseopplysning er et sunnere levesett for enkeltindividet og befolkningen, økt egenomsorg, samt en bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestens ressurser og kompetanse.

Helseopplysningen bør ha som mål å:

- øke individets kunnskap om faktorer som har betydning for helsen
- gi praktisk veiledning for den enkelte til bedre livsvaner
- utvikle økt forståelse og motivasjon hos enkeltindividet for å fremme sin egen helse
- påvise forbindelse mellom samfunnsfaktorer og helse

Helseopplysning er et pedagogisk virkemiddel som kan brukes overfor enkeltpersoner (eventuelt ledsaget av pårørende) eller overfor grupper i befolkningen. Helseopplysningen bør gis en personlig form slik at helseopplysningens budskap ”treffer” enkeltindividet. Her har helsesøstre og fastleger en viktig funksjon. De treffer ofte enkeltindivider i ”det gylne øyeblikk”, dvs. på et tidspunkt hvor personen er ekstra mottakelig for opplysning og veiledning. Men helseopplysning bør også ta sikte på å nå større befolkningsgrupper gjennom tiltak som infomasjonskampanjer i aviser og andre massemedier. Også her kan man treffe folk i ”det gylne øyeblikk”, for eksempel folk som befinner seg i en bestemt livssituasjon.

Et spesielt utgangspunkt for helseopplysning har man i tiden like etter at et alvorlig sykdoms- eller skadetilfelle har inntrådt i en kommune. Som eksempel kan nevnes den helt nødvendige helseopplysning som må gis etter at det har oppstått et tilfelle av alvorlig meningokokk-infeksjon eller annen alvorlig smittsom sykdom. Under trusselen av pandemisk influensa har man også sett betydningen av god helseopplysning som har omfattet alt fra opplæring i hoste- og nysekultur til vaksinasjon.

Helseopplysning er, i motsetning til forskjellige typer strukturelle tiltak, å betrakte som et tilbud om hjelp eller veiledning på ett eller flere av livets områder når dette, direkte eller indirekte, har med helse å gjøre. Individet kan velge å ta opplysningens budskap til seg eller forkaste det. Men helseopplysning bygger på at viten gir holdning som igjen fører til (endret) handling og helseatferd.

Helseopplysning kan med fordel kombineres med andre tiltak hos for eksempel fastlegen eller på helsestasjonen. Frisklivssentraler som er tilbud pasienter kan henvises til fra andre

deler av primærhelsetjenesten, er gode utgangspunkt også for helseopplysning. Helseopplysning må også sees i sammenheng med skolens undervisningsplaner, og bør være integrert i disse. Et tett samarbeid mellom skole og helsetjeneste er nødvendig for å kunne arbeide forebyggende på et tidlig stadium for å bedre elevenes oppvekstmiljø. Det meste av skolehelsetjenestens virksomhet kan foregå i klasser eller i grupper på skolen, hvilket forutsetter et samarbeid mellom pedagoger, elever og helsepersonell. Helseopplysning har vist gode resultater der individuell tilnærming og gruppetilnærming kompletterer hverandre. Kunnskapsformidling av helsefaglige temaer i klasser kan kombineres med utdyping gjennom samtale i gruppe. Overfor ungdom er det av stor betydning at det i gruppeprosessen vektlegges utveksling av tanker og meninger elevene imellom for å skape egenaktivitet, involvering og innlevelse.

Helseopplysning er ikke en oppgave for helsetjenesten alene. Som på mange andre områder, må kommunehelsetjenesten samarbeide med andre etater, frivillige organisasjoner, næringsliv og massemedia. Fakta om betydningen av forskjellige forebyggende tiltak må imidlertid være vitenskapelig dokumentert og akseptert. Motstridende budskap gjør at troverdigheten minsker.

Det er derfor viktig at opplysnings- og veiledningsarbeidet er enhetlig, kunnskapsbasert og kvalitetssikret. Dette kan være en utfordring for eksempel med hensyn til tilbud som kursvirksomhet og opplysningsvirksomhet i samarbeid med frivillige organisasjoner og private aktører. Et eksempel kan være opplysningsvirksomhet, kurs og veiledning om kosthold og ernæring, der det er private aktører som ikke legger helsemyndighetenes kostråd og ernæringsanbefalinger til grunn for eksempel innen vektreduksjon. Helseopplysningsarbeid bør rette seg mot arenaer der man når målgruppene, for eksempel gjennom sosiale medier eller ved å etablere nettsteder. For å nå forskjellige målgrupper kan de være aktuelt å utarbeide informasjon på ulike språk, for eksempel på samisk.

I lov om tannhelsetjenesten er helsefremmende og forebyggende arbeid prioritert. Den fylkeskommunale offentlige tannhelsetjenesten gjør en viktig innsats på dette området, blant annet gjennom oppsøkende virksomhet i barnehager og skoler. Rådene som helsetjenesten og tannhelsetjenesten gir for å bedre helsen er ofte sammenfallende. God munnhygiene, balansert kosthold, redusert sukkerinntak, bruk av fluorider for å forebygge karies (hull i tennene) og røykfrihet er tannhelsetjenestens viktigste anbefalinger. Tannhelsetjenesten er også viktig i å avdekke omsorgsvikt og mishandling av barn, samt spiseforstyrrelser og andre symptomer på psykiske problemer.

14.4.3 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

I regjeringserklæringen Soria Moria II er det et mål å *"bygge ut lavterskeltilbud som skolehelsetjenesten og helsestasjonene for å kunne behandle barn og ungdom på et tidlig tidspunkt."*

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste er en del av kommunens oppgaver, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1 bokstav b) og c). I forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det gitt nærmere bestemmelser om tjenesten og tjenestens innhold.

Av forskriften fremgår at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være et tilbud til barn og unge 0-20 år og til gravide om svangerskapskontroll ved helsestasjonen, jf. forskriftens § 2-1.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud til alle barn og unge 0-20 år og deres foreldre, og gravide. Helsestasjonstjenesten har en høy oppslutning og nær 100 prosent av alle barn har vært i kontakt med tjenesten innen fylte 8 uker og ca 45.000 gravide er nyinnskrevne til kontroll hvert år. Tjenesten skal fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har særlig oppmerksomhet rettet mot barn og ungdom med spesielle behov og sårbare og utsatte grupper.

Tjenestene omfatter helsestasjon, helsestasjon for ungdom og skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skole. Sentrale oppgaver er helseundersøkelser, vaksinering, opplysningsvirksomhet, rådgivning, veiledning, og tiltak for å styrke barn og unges egen mestring og foresattes mestring av foreldrerollen. Tjenesten skal i samarbeid med elever, hjem og skole arbeide for å skape en helsefremmende skole gjennom et godt lærings- og arbeidsmiljø. På mange måter kan en si at helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tillegg til å avdekke skjevutvikling og sykdom, har et "frisk fokus" gjennom å legge vekt på ressursene til foreldre og barn og deres omgivelser. Tjenesten skal etter forskrift ha rutiner for samarbeid med fastlegene og andre kommunal tjenester som barnehager, skole, barnevern, PPT, fylkeskommunen, tannhelsetjenesten, spesialisthelsetjenestene som BUP og habiliteringstjenesten m.fl.

Undersøkelser viser at foreldre, barn og ungdom har stor tiltro til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og at tjenesten når grupper som ikke fanges opp av øvrige offentlige tjenester. Forskning på helsetjenestebruk blant barn og unge tyder på at bruken av spesialisthelsetjenester øker med lengden på foreldrenes utdanning, mens dette ikke er tilfellet for bruken av skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud for unge med psykiske vansker eller problemer som de tidlig i et pasientforløp kan oppsøke hjelp for og få hjelp på riktig nivå. Nye oppgaver vil bli pålagt tjenesten framover, f.eks. vaksinering mot humant papillomavirus (HPV) for jenter og oppfølging av for tidlig fødte barn. Det er utarbeidet nye retningslinjer både for veiing og måling og for forebygging og behandling av overvekt og fedme. Helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge med nedsatt funksjonsevne skal trappes opp. Ca. 10 % av barnebefolkningen vil kunne ha behov for habiliteringsbistand. [5] Mange rapporter i løpet av de senere år (Helsetilsynet, KOSTRA-statistikk, HiAk-undersøkelsen 2005 og TNS Gallup 2010) viser at det har foregått en nedbygging av tjenestene til tross for at nye og arbeidskrevende oppgaver og utfordringer er kommet til.

I perioden for opptrappingsplanen for psykisk helse er antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økt fra 2735 i 1997 til 3480 i 2008.

5 Helsedirektoratet: Handlingsplan - habilitering av barn og unge, IS-1692

Helsestasjon og skolehelsetjenesten kan avdekke og intervenere tidlig samt sørge for iverksetting av tiltak eller henvisning. Tverrfaglig samarbeid er påkrevet for at barn, unge og familier skal få nødvendig hjelp. Kartlegginger viser at spesielt skolehelsetjenesten er lite tverrfaglig sammensatt. En godt utbygd helsestasjon og skolehelsetjeneste vil også fremme god utnyttelse av det øvrige kommunale hjelpeapparatet. En tverrfaglig skolehelsetjeneste kan i tett samarbeid med skolen, elevene og foreldre følge opp både fravær og frafall allerede fra grunnskolen. Tjenesten er også en viktig arena for innsatsen i det generelle folkehelsearbeidet rettet mot ernæring, for å fremme fysisk aktivitet og forebygging av tobakk og rus, avdekking av vold i nære relasjoner og overgrep mot barn og unge, mobbing mv. Ammeveiledning drives i regi av helsestasjonene. Det er etablert et frivillig godkjenningssystem for etablering av Ammekyndige helsestasjoner. Dette vil bidra til å sikre kontinuiteten i ammeveiledningen fra "Mor-barn vennlige sykehus" og således sikre god samhandling.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er svært viktig i det abortforebyggende arbeid og for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner. Helsestasjon for ungdom er særlig viktig i dette arbeidet. Antall lokale helsestasjoner med eget rådgivningstilbud til ungdom var 328 i 2009. Det er en reduksjon på nærmere 7 % fra 2005. I 2009 var det 72 % av kommunene som hadde helsestasjon for ungdom (SSB2010). I nesten samtlige av landets kommuner deltar helsestasjons- og skolehelsetjenesten i skolens seksualundervisning.

For at tjenesten skal kunne leve opp til de forventinger som ligger i de politiske føringene er det viktig at helsestasjon og skolehelsetjenesten, samt helsestasjon for ungdom har en bemanning som tilsier at den utgjør et reelt tilgjengelig lavterskel tilbud som til en hver tid har kompetanse til å ivareta de oppgaver som legges til tjenesten.

Departementet mener tjenesten er sentral og av stor betydning i det forebyggende og helsefremmende arbeid, jf. lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 1. I bestemmelsens tredje ledd er det foreslått at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenester omfattet av bestemmelsen. Gjeldende forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjeneste videreføres med hjemmel i ny helse- og omsorgslov.

14.4.4 Svangerskaps- og barselomsorgstjenester - jordmortjenester

Svangerskapsomsorg/svangerskapskontroller er et tilbud til kvinner/vordende foreldre og er et omfattende helsefremmende og forebyggende program med stor oppslutning. De fleste svangerskap er normale, men diagnostikk og behandling kan også utgjøre nødvendige elementer i dette arbeidet. Som det går fram av kapittel 14.4.3, er forebyggende arbeid til barselkvinner/foreldre med nyfødte barn en sentral del av helsestasjonsvirksomheten. Behovet for kapasitet i barselomsorgen vil øke med tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene, jf. omtale i kapittel 3.

Som det går fram av retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet 2005), kan omsorg for gravide med normale svangerskapsforløp utøves av allmennlege eller jordmor, og den gravide bør selv kunne velge om hun går til lege, jordmor eller begge yrkesgrupper. Tilbud om svangerskaps- og barselomsorg kan fås på helsestasjon der de fleste kommunejordmødrene i dag arbeider, hos allmennlege/fastlege, eventuelt med

jordmor tilsatt, eller hos jordmor som driver privat jordmorvirksomhet, jf. lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 2. Kommunene er forpliktet til å tilby svangerskapskontroller/-omsorg i tilknytning til helsestasjon. Svangerskapskontroller tilbys også av spesialister i gynekologi, men dette faller utenfor kommunehelsetjenestens ansvar.

Formålet med jordmortjenesten i kommunene er å styrke svangerskapsomsorgen slik at gravide kvinner og deres familie får en helhetlig omsorg før, under og etter fødselen. Etterspørselen etter jordmortjenester blant brukerne er økende. Antallet jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økte fra 176 i 1995 til 295 i 2008 og 2009 (SSB). Rundt halvparten av økningen fant sted de tre første årene etter at tjenesten ble lovfestet i 1995.

Svangerskapsomsorg/svangerskapskontroller omfatter både fysisk og psykososial forebygging. Den inneholder både medisinsk-/tekniske undersøkelser og rådgivning/veiledning av forskjellig slag, blant annet om levesett i svangerskapet. En fullverdig svangerskapsomsorg omfatter både forhold i selve svangerskapet, forberedelse til fødselen og forberedelse til tiden etter fødsel/det å bli foreldre. De fleste oppgavene i svangerskapsomsorgen er individrettete, men for eksempel foreldreveiledning og fødselsforberedelse foregår ofte i grupper. For nærmere beskrivelse av svangerskapsomsorgen vises det til forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Regjeringen la i mai 2009 fram St. meld. nr. 12 (2008-2009), En gledelig begivenhet - om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. Innst. S. nr. 240 (2008-2009). Feltet er også omtalt i St. meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen. Flertallet i helse- og omsorgskomiteen gikk blant annet inn for at lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, og det ble fattet vedtak om styrking av jordmortjenesten. Det vises til nærmere omtale av meldingen samt utfordringer innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen mv. i kapittel 3.

14.4.5 Allmennlegetjenesten

Når det gjelder nærmere om fastlegens rolle og listeansvar, vises det til høringsnotatets kapittel 16.

Nesten alle innbyggere i landet står på listen til en fastlege. Ordningen legger til rette for kontinuitet i lege-pasientforholdet og for at fastlegene kan ha oversikt over innbyggere på egen liste. En rapport fra NAV fra 2007 viste at innbyggerne i gjennomsnitt hadde 2,5 konsultasjoner hos fastlegen i 2006. Dette gjør at fastlegene har en helt sentral rolle i det individrettede forebyggende arbeidet. Fastlegene vil kunne identifisere personer som har behov for veiledning/oppfølging, og følge disse opp i samarbeid med den øvrige helse- og omsorgstjenesten, andre deler av den kommunale tjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten.

På denne bakgrunn ønsker departementet å tydeliggjøre fastlegenes forpliktelse til å ivareta forebyggende tjenester overfor innbyggerne på egen liste. For å oppnå dette foreslås, slik det fremgår av kapittel 16, å gjøre endringer i fastlegeforskriften. De

endringer som vurderes er blant annet å presisere fastlegenes listeansvar, herunder å presisere at dette dekker forebyggende tjenester og proaktiv oppfølging, samt å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav.

Det er i dag innført takster som skal stimulere fastlegene til å prioritere livsstilsveiledning og livsstilstiltak i forbindelse med behandling av visse sykdommer (Grønn resept og takst for røykeavvenning). Takstene forutsetter at det foreligger en diagnose. Evaluering viser at en slik begrensning i takstbruken gjør at mange leger ikke diskuterer levevaner som for eksempel røykeslutt med pasienter som ikke har en diagnose som utløser taksten. Departementet vil, som del av arbeidet med revisjon av finansieringsordningen for fastlegene, blant annet gjennomgå utformingen av grønn resept- og røykeavvenningstakstene.

14.4.6 Lærings- og mestringsaktiviter / frisklivstilbud

Det er overbevisende dokumentasjon for at uheldige levevaner som røyking, fysisk inaktivitet, høyt alkoholbruk og usunt kosthold fører til kronisk sykdom og for tidlig død. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at 80 % av forekomsten av hjerteinfarkt og type 2-diabetes kan forebygges eller utsettes med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner, og WorldCancer Research Fund konkluderer med at 50 % av forekomsten av kreft kan forebygges ved slike endringer i levevaner. I lys av dette og kunnskapen vi har om levevaner i befolkningen bør en stor del av befolkningen justere eller endre sine levevaner.

Lokale tilbud med hjelp til endring og mestring av levevaner, samt oppfølging over tid, er særlig viktig for mennesker som trenger hjelp til å endre helseatferd og som har forhøyet risiko for å utvikle fysisk eller psykisk sykdom som følge av en uheldig livsstil. For å sikre tilbud med strukturert og kvalitetssikret oppfølging over tid, er det nødvendig med en organisatorisk forankring i kommunehelsetjenesten.

I St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* ble det foreslått innført en stimuleringstakst for leger til livsstilsveiledning framfor medikamentell behandling av pasienter med definert sykdom og sykdomsrisiko, og det ble varslet utvikling av oppfølgingstilbud som hjelp til omlegging av helseatferd. Takst for såkalt grønn resept (livsstilsveiledning) ble innført fra 1. oktober 2003 knyttet til diagnosene høyt blodtrykk og type 2-diabetes. Det ble samtidig iverksatt utvikling og etablering av lokalbaserte tilbud – såkalte frisklivstilbud – som henvisningssted for pasienter som har fått forskrevet grønn resept.

En del-evaluering av grønn resept-ordningen blant fastleger viste bl.a. at legene etterlyste oppfølgingstilbud å henvise pasientene til. Etterfølgende evalueringer av oppfølging gjennom utvikling og etablering av frisklivstilbud i et utvalg kommuner i fem av landets fylker er positiv. Både leger og deltakere er fornøyde med tilbudene. Ved utgangen av 2009 er det etablert frisklivstilbud i om lag 70 kommuner.

Basert på evalueringer og erfaringer er Helsedirektoratet i gang med å utarbeide en veileder for kommunale frisklivstilbud med sikte mot en faglig standard. Sentrale

elementer vil være at tilbudet er forankret i kommunehelsetjenesten, systematisk samarbeid med fastleger, kompetanse innen endringsfokusert veiledning og levevaner, strukturert og kvalitetssikret oppfølging og høy tilgjengelighet. Frisklivstilbud må videre ses i sammenheng med etablering av lokalmedisinske sentre og kommunale/interkommunale lærings- og mestringstilbud. Dette er viktig av hensyn til både kompetansebehov og samhandlingen mellom tjenestenivåene i helsetjenesten. Lærings- og mestringssentra er i dag organisert som et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Disse sentrene innehar en viktige tverrfaglig kompetanse og kan med fordel også etableres på et lavere tjenestenivå for å målrette tilbudene til de grupper som trenger livsstilsveiledning og strukturert oppfølging over tid. Kompetanse til å ivareta dette tilbudet må imidlertid bygges opp lokalt. Tilgang på kompetanse er en utfordring blant annet med hensyn til ernæring, røykeslutt og endring i levevaner. I samhandlingsreformen er kommunale lærings- og mestringstilbud bl.a. med lavterskeltilbud omtalt som at "*Oppgavene kan omfatte kurstilbud og selvshjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringskurs, innføringkurs for likemenn, veileder, livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk. Disse aktivitetene må henge sammen med øvrige tilbud i lokalmiljøet. Ved å utvikle lærings- og mestringstilbud i kommunene kan disse ivareta en viktig koordineringsfunksjon og også inngå samarbeid med frivillige organisasjoner*".

14.4.7 Forebyggende psykisk helsearbeid og forebygging av rusmiddelavhengighet

Psykisk helsearbeid i kommunene forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser, er i første rekke en utfordring for arbeidsliv, barnehage, skole, fritidsarenaer, idrettsmiljø mv. Tjenesteapparatet skal på sin side delta i og understøtte det forebyggende arbeidet, ved siden av tjenestens diagnostiske og behandlende funksjoner.

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. I dette inngår også å ha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen i kommunen, samt over behovet for tiltak og tjenester. Psykisk helsearbeid utføres både i helse- og omsorgstjenesten og i andre sektorer i kommunen. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt og et praksisfelt, og omfatter også arbeid på systemnivå i form av forebygging, opplysningsvirksomhet og annet arbeid som motvirker stigmatisering og diskriminering.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i samarbeid med psykisk helsevern for å forebygge psykiske plager og lidelser, rusmisbruk, spiseforstyrrelser utvikling av overvekt og å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistrivsel og utviklingsavvik mv.

14.4.8 Forebygging i omsorgstjenesten

Den demografiske utviklingen gjør at det i Norge i løpet av noen tiår vil være en vesentlig større andel eldre i befolkningen.

Helse- og omsorgstjenesten kan iverksette oppsøkende forebyggende tiltak for eldre over for eksempel 70-75 år for å tilby tjenester som bidrar til å opprettholde eller bedre funksjonsnivået lengst mulig ut i alderdommen. Dette kan bl.a. skje i samarbeid med frivillige organisasjoner. For øvrig er det viktig at helse- og omsorgstjenesten stimulerer til gode systemer som ivaretar helsefremmende og forebyggende tiltak som matombringing, eldresentre, seniorsentre, og andre aktivitetstilbud og kulturtilbud.

En stor andel eldre vil ha god fysisk funksjonsevne. Helse- og omsorgstjenesten må ha tilbud om helsefremmende og forebyggende tiltak med sikte på å opprettholde og bedre funksjonsevnen slik at eldre opprettholder en god helse og førlighet og kan bo og fungere hjemme lengst mulig. Fysisk aktiv bruk av kroppen styrker muskler og skjelett, og dette er nødvendig for å opprettholde fysiske ferdigheter, god funksjonsevne og selvhjulpenhet. Muskelstyrke og fysiske ferdigheter som god balanse og koordinasjon er dessuten viktig for å forebygge fall og bruddskader.

Fysisk aktivitet over lenger tid i form av styrke- og balansetrening tre ganger i uken kombinert med gåturer to ganger ukentlig, har vist seg å kunne forebygge fall og fallskader med opp til 52 %. En norsk analyse av hjemmebasert treningsprogram for å forebygge fall, viser at dette tiltaket er kostnadseffektivt. Beregningene viser at et oppfølgingsprogram reduserer risikoen for fall med over 50 % på et år.

Mange eldre blir rammet av feilernæring eller underernæring, og trenger veiledning om kosthold. Helse- og omsorgstjenesten må ha et system for å avdekke risiko for underernæring og sette i verk tiltak, jf. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Kompetanseheving innen ernæring for helsepersonell som er i kontakt med eldre er viktig. Kommuner og fylker mangler imidlertid i stor grad klinisk ernæringskompetanse, noe som blir viktig å styrke for å møte framtidige helseutfordringer med flere eldre.

Tannhelsetjenesten er en av fylkeskommunens egne virksomheter og er et virkemiddel for å løse viktige oppgaver innen folkehelse. Samtidig vil det være slik at det som er bra for tannhelsen, også er bra for den øvrige helsen, og omvendt. Som det fremgår av tannhelsetjenesteloven § 1-2 skal fylkeskommunen bidra til god folkehelse ved å arbeide for at befolkningen har kunnskaper, ferdigheter og holdninger som setter dem i stand til å opprettholde en god tannhelse hele livet. Å legge til rette for god tannhelse i befolkningen, forutsetter samhandling mellom fylkeskommune og andre samfunnssektorer, spesielt virksomheter i kommunene. Aktuelle samarbeidspartnere i kommunen er skole, barnehage, helsestasjon, asylmottak, sykehjem mv. Beslutninger som innvirker på tannhelsen tas ofte utenfor helsesektorens eller tannhelsetjenestens primære ansvarsområde. Det er derfor avgjørende med felles innsats i folkehelsearbeidet.

Helse- og omsorgstjenesten har med bakgrunn i sin kontakt med brukere og pasienter, samt oversikt over helseutfordringer, en viktig pådriverrolle overfor andre kommunale

tjenester for å sikre at helsefremmede og forebyggende tiltak rettet mot eldre ivaretas. Dette gjelder for eksempel å ha oppmerksomhet mot betydningen av fysiske omgivelser som fremmer aktivisering og selvhjulpenhet bl.a. ved god utebelysning, strøing av gangveier og inngangspartier mv.

14.5 Forslag til lovregulering

Av lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 1 fremgår at kommunen skal tilby helsefremmende og forebyggende arbeid. Som det vil ha fremgått av ovenstående gjennomgang har helsefremmende og forebyggende arbeid også en sentral plass innenfor svangerskaps- og barselomsorgstjenestene, jf. lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 2 og innenfor undersøkelse, diagnostisering og behandling, blant annet hos fastlegene, jf. lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 4.

For å tydeliggjøre kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid foreslår departementet at det i lovforslagets § 3-3 presiseres at helsefremmende og forebyggende arbeid etter § 3-2 blant annet skal omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom/lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller rusmiddelproblem, samt iverksette forebyggende tiltak i henhold til anerkjent faglig standard.

Videre foreslår departementet å lovfeste at kommunen skal gjennomføre forebyggende tiltak etter § 5 i lov om folkehelsearbeid, jf. høringsnotat av i dag om lov om folkehelsearbeid hvor det redegjøres nærmere for nevnte bestemmelse.

14.6 Administrative og økonomiske konsekvenser

Slik presisering og tydeliggjøring av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid er en tydeliggjøring og videreføring av kommunens ansvar i henhold til gjeldende rett. Forslaget vil slik sett ikke medføre administrative eller økonomiske konsekvenser.

15 Kommunelegens rolle - medisinsk-faglig rådgiver

15.1 Gjeldende rett

Kommunehelsetjenesteloven § 3-5 pålegger kommuner å ansette en eller flere kommuneleger. Kommunelegens hovedfunksjon er å være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten, øvrig administrasjon og politiske organer i kommunen, jf. bestemmelsens andre ledd.

Da kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984 ble de tidligere distriktslegene, som var statlige stillinger, overført til kommunale stillinger. Samtidig ble det lagt vekt på at kommunene hadde behov for en lege med særlig ansvar for faglig tilsyn med helsetjenesten og veiledning til kommunens ledelse og helsepersonell. I Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) sies det blant annet at de offentlige legers oppgaver må føres videre i fremtidens distriktshelsetjeneste ved at kommunene fortsatt må ansette leger som blant

annet har ansvar for forebyggende helsearbeid. Videre vil distriktslegens rolle som kommunens rådgiver og konsulent i helsespørsmål videreføres. Fram til 1994 hadde kommunelegen medisinsk-faglig ansvar for helsetjenesten, men begrepet ansvar skapte en del uklarheter blant annet i forhold til juridisk ansvar for helsetjenesten. Kommunelegens rolle ble gjennom Ot.prp. nr. 60 (1993-1994) endret til "medisinsk-faglig rådgiver", og oppgavene ble nærmere presisert i proposisjonen, jf. proposisjonens side 20 – 23.

Når det gjelder innholdet i begrepet "medisinsk-faglig rådgiver" er det i proposisjonens punkt 6.3 blant annet understreket at det primært er kommunen som er ansvarlig for å sørge for en faglig forsvarlig helsetjeneste. Kommunestyret har ansvaret for kommunens budsjett slik at kommunelegen ikke kan påføre kommunen økonomiske forpliktelser uten at dette følger av budsjettet eller annet vedtak av kompetent organ i kommunen. Videre understrekes det at det er kommunestyret som fastsetter organisasjonsform og ledelse av helsetjenesten i samsvar med lov og helseplan. Kommunen står med andre ord forholdsvis fritt med hensyn til hvordan den vil bruke kommunelegen.

I proposisjonens punkt 6.4 er det redegjort for medisinsk-faglig rådgivers oppgaver i forhold til kommunens administrasjon og de styrende organer, og i forholdet til helsepersonellet i kommunen. Den medisinsk-faglige rådgivers oppgaver består i det vesentlige av å veilede og informere, og til en viss grad samordne helsetjenesten. Rådgiveren kan føre tilsyn og til en viss grad også instruere.

Når det gjelder *forholdet til kommunens administrasjon og de styrende organer* er det i proposisjonens punkt 6.4.1 blant annet uttalt:

> "Som nevnt skal kommunen sørge for en kommunal helsetjeneste. For at kommunen skal kunne løse oppgavene sine på en forsvarlig måte, må den bl.a. bygge på medisinsk-faglige vurderinger. De medisinsk-faglige oppgavene for legen i denne relasjonen, må være å gi de styrende organer i kommunen premisser for å treffe avgjørelser på forsvarlig medisinsk grunnlag. Den medisinsk-faglige rådgiverens tilrådninger vil være en viktig premiss for alle avgjørelser som gjelder planlegging, organisering og drift av den kommunale helsetjenesten. Videre vil den medisinsk faglige rådgiver også kunne gi viktige innspill av medisinsk-faglig art i saker i kommunen der befolkningens helsetilstand kan bli berørt."

Videre uttales at dersom kommunen ikke oppfyller pliktene sine etter kommunehelsetjenesteloven, skal legen varsle de styrende organer i kommunen.

Om *forholdet til helsepersonellet i kommunen* er det i punkt 6.4.2 uttalt at på bakgrunn av legens faglige kunnskaper og lovfestede plass i helsetjenesten, så vil medisinsk-faglig rådgivers oppgaver i forhold til disse være knyttet til:

- råd og veiledning
- tilsyn/kontroll
- en viss grad av instruksjon

Når det gjelder oppgaver knyttet til *råd og veiledning*, er det blant annet uttalt:

> "Kommunen har plikt til å yte befolkningen nødvendig helsehjelp av forsvarlig standard, (…). For at personellet skal kunne bidra til å oppfylle kommunens plikt, må de være faglig

kvalifisert og de må kjenne til pliktene. De må dessuten være orientert om både kommunens og statens helsepolitiske mål. Medisinsk-faglig rådgiver vil være et naturlig bindeledd mellom kommunens politiske og administrative organ og helsepersonellet i kommunen. Det vil være en naturlig oppgave for medisinsk-faglig rådgiver å sørge for at de helsepolitiske avgjørelser som blir tatt, blir formidlet videre til kommunens helsepersonell. Dessuten vil legen innen sitt fagfelt kunne gi personellet råd og veiledning, både i enkeltsaker og som ledd i generell opplæring og kompetanseheving."

I forhold til *tilsyn* er det vist til at kommunens plikter i så henseende, blant annet plikt til å føre internkontroll med helsetjenesten etter tilsynsloven § 3, vil være avgjørende for legens medansvar. Det påpekes at tilsyn vil kreve medisinske kunnskaper og at det vil være naturlig å legge tilsynsplikten til medisinsk-faglig rådgiver.

Det understrekes at tilsynsretten/-plikten i seg selv ikke vil medføre noen *instruksjonsrett.* Kommunen som arbeidsgiver vil i utgangspunktet ha allmenn instruksjonsrett overfor ansatt helsepersonell. Instruksjonsretten kommunen har i medisinsk-faglige spørsmål, skal utøves av medisinsk-faglig rådgiver. Instruksjonsretten må imidlertid sees i sammenheng med helsepersonelloven § 4 som pålegger det enkelte helsepersonell en selvstendig plikt til forsvarlig yrkesutøvelse. Helsepersonell kan ikke instrueres av arbeidsgiver eller andre til å utføre handlinger som de anser for å være i strid med kravet til forsvarlighet eller med andre lovpålagte plikter.

Av bestemmelsens første ledd fremgår at kommunelegen skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelegen plikter på anmodning også å delta i lokal redningssentral.

Det er et krav at kommunelegens tilrådning og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern (kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a), smittevern og helsemessig beredskap, jf. bestemmelsens tredje ledd.

Kommunelegen er også tillagt en rekke oppgaver i flere lover eller forskrifter hjemlet i slike lover, blant annet smittevernloven, helseregisterloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven og sosialtjenesteloven.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 3-5 skal kommunelegen også videresende mottatte dødsmeldinger fra leger i kommunen til Dødsårsaksregisteret, jf. helsepersonelloven § 36 andre ledd.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 3-5 at kommunelegen(-e) må være ansatt i kommunen. Det innebærer for eksempel at to små nabokommuner med lavt innbyggertall ikke kan samarbeide om å ha en kommunelege "på deling" der vedkommende har sitt ansettelsesforhold i den ene kommunen. Kommunelegen må i stedet være ansatt 50/50 i hver av kommunene.

Når det gjelder kommunelegens oppgaver knyttet til folkehelsearbeid, miljørettet helsevern og smittevern vises det til høringsnotat om forslag til ny folkehelselov kapittel 17 hvor det er redegjort nærmere for dette.

15.2 Forslag i St.meld. nr. 47 - Samhandlingsreformen

I samhandlingsmeldingen er det under punkt 7.6.2 blant annet uttalt:

> "Utfordringen er å tilby tilpassede lavterskeltilbud i nærmiljøet på områdene tobakk, ernæring og fysisk aktivitet, herunder adekvat kompetanse og hensiktsmessig organisering av tilbudet. Evaluering av utprøving av lavterskeltilbud i en del kommuner i fem fylker viser at legene – både fastlegen og kommunelege 1 – har en nøkkelrolle i utvikling og tilrettelegging av slike tilbud i tilknytning til kommunens forebyggende helsetjenester. I det videre utviklingsarbeid er det viktig å ha realistiske oppfatninger om hvilke effekter som kan oppnås gjennom individuelle opplegg fra fastlege eller annet helsepersonell, herunder at vurderingene også foretas i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Disse vurderinger må skje i dialog med organisasjonene til fastlegene og øvrig helsepersonell."

Videre er det blant annet uttalt i punkt 8.3.1:

> "I kommunehelsetjenesteloven § 3–5 er kommunelegens rolle som medisinskfaglig rådgiver lovfestet. Det vurderes å tydeliggjøre kommunelegerollen som en viktig premissleverandør for kommunal planlegging, bl.a. for utvikling av gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekket helsebehov i befolkningen, bringe kunnskapsforhold om helseforhold inn i budsjettarbeid, plan- og beslutningsprosesser og gi råd om hvilke alternative tiltak som kan bedre tilbudet til befolkningen, samt ha en sentral rolle i styringsdialogen med fastlegene."

15.3 Dagens situasjon

Det har gjennom de siste 15 årene gjentatte ganger blitt uttrykt bekymring for kommunelegens og samfunnsmedisinens plass i kommunene. Problemstillinger som trekkes frem er synkende tilgang på nye spesialister i samfunnsmedisin, høy gjennomsnittsalder blant disse legene, rekrutteringsproblemer (vakante stillinger) og gjennomtrekk i stillingene. Forklaringer som gis på dette er blant annet uklare og omfattende arbeidsoppgaver som ikke er i tråd med de ressurser som er avsatt, samt problemer med kommunenes organisering og manglende tilrettelegging for kommunelegens funksjon. Videre nevnes vansker som følge av kombinasjonsstillinger (både administrative lederoppgaver og kurative oppgaver) og små stillingsbrøker. Det er de siste 15 årene blitt flere stillinger for samfunnsmedisinere og flere leger i stillingene, men antallet årsverk utført har gått ned. En undersøkelse fra 2003 (Aasland og Akre) viste i tillegg at under halvparten av leger som hadde lederstillinger i primærhelsetjenesten, var spesialister i samfunnsmedisin.

For å få råd om hvordan å bedre på situasjonen nedsatte Helsedirektoratet i 2007 en arbeidsgruppe. Blant gruppens mange forslag til tiltak, gikk den inn for å videreføre en forankring av kommunelegen i lovverket, men mente at begrepet kommunelege burde erstattes med begrepet kommuneoverlege. Gruppen mente at interkommunalt samarbeid kunne være et alternativ for å få en mer solid samfunnsmedisinsk helsetjeneste i de små kommunene, og at det burde komme statlige føringer og økonomiske incitamenter for å få dette gjennomført. Videre mente den at det burde gis sentrale føringer om at kommunenes samfunnsmedisinske arbeid burde forankres nær rådmannen. Dette siste var KS sin representant i gruppen mot.

15.4 Departementets vurderinger og forslag

En lovfesting av krav til en spesifikk kompetanse må, i følge retningslinjene for statlig styring av kommunesektoren, begrunnes særskilt. Som det vil fremgå foreslår departementet å videreføre gjeldende rett på området og forslaget vil slik sett ikke innebære innføring av nytt krav om spesifikk kompetanse i kommunen.

Formålet med kravet om å ha en kommunelege i alle kommuner har vært å sikre kvalitet i den kommunale helsetjenesten, ut fra en forståelse av at enkelte kommunale ikke-kliniske oppgaver må eller bør utføres av leger. I tråd med beskrivelsen av kommunelegenes oppgaver innledningsvis, ligger det juridiske ansvaret for disse oppgavene i dag i hovedsak hos kommunen. Kommunelegen har delegert myndighet på en rekke områder. I tillegg er kommunelegen tillagt en rekke oppgaver i ulikt regelverk både når det gjelder folkehelse, forebyggende helsetjenester og kurative helsetjenester. For eksempel har kommunelegen etter smittevernloven § 5-3 myndighet til å beslutte tvungen isolering av pasienter.

Det synes å være enighet om at dagens system med kommunelege ikke fungerer optimalt i forhold til formålet. Dersom kompetansekravet/rollen som kommunelege skal videreføres i lovverket, kan det derfor være aktuelt å gjøre justeringer. Dagens rolle beskrives av enkelte som uklar. En tydeliggjøring av rollen, for eksempel i form av forslaget om å gi sentrale føringer om at kommunenes samfunnsmedisinske arbeid burde forankres nær rådmannen, ville innebære en ytterligere reduksjon i kommunens handlefrihet. Alternativet til å tydeliggjøre rollen kan være å avvikle kompetansekravet og eventuelt benytte andre teknikker for å understøtte kvalitet i tjenesten. Slike alternative teknikker kunne være at man i lovverket tydeligere beskriver innholdet i de oppgavene kommunene pålegges, herunder i plan- og beslutningsprosesser, slik at det på denne måten legges føringer for hvilken kompetanse kommunene må skaffe for å kunne ivareta oppgavene på en forsvarlig måte. Kommunene må da ansette personell med riktig kompetanse eller sikre kompetanse på annen måte, for eksempel gjennom avtale med en privatpraktiserende lege eller ved et forpliktende samarbeid med annen kommune, helseforetak eller liknende.

Departementet mener at medisinskfaglig og samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i kommunene for å utføre de oppgavene kommunene er ansvarlige for av ikke-klinisk karakter (allmennlegeoppgaver) etter forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslag til ny folkehelselov. Leger med samfunnsmedisinsk kompetanse vil være ønskelig, men samfunnsmedisinsk kompetanse kan også innehas av andre enn leger. I samsvar med at en stor andel av leger med lederstillinger i primærhelsetjenesten i dag ikke er spesialister i samfunnsmedisin, mener departementet at den nødvendige medisinskfaglige kompetansen vil kunne ivaretas av leger uten spesialitet i samfunnsmedisin. Dette innebærer at noe medisinskfaglig rådgivning vil kunne ivaretas for eksempel ved avtale med fastleger i kommunene. Andre oppgaver vil kunne ivaretas av ikke-leger med samfunnsmedisinsk utdanning.

Innretningen på loven, med en overordnet ansvarsregulering for kommunene, kan tale mot å stille krav til spesifikk kompetanse i form av krav om kommunelegestilling. Behovet for bedre samordning av tjenestene innad i den enkelte kommune kan også anføres som

argument mot å innføre profesjonsspesifikke lederkrav (fagsøyler), som at lege må lede fastleger og at en sykepleier må lede sykepleiertjenesten i kommunene.

I tråd med dette ville den beste teknikken for å sikre kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten være en mer presis beskrivelse av de oppgaver kommunene er ansvarlige for. Dette gjelder særlig kravene til innhold i planarbeidet, herunder krav til å ha oversikt over helsetilstanden og behovet for helsetjenester i befolkningen og krav til å ha oversikt over kvaliteten på de tjenestene som leveres. Bedre styring av for eksempel fastlegene vil kreve en aktiv bruk av de styringsdata som vil følge av nye funksjons- og kvalitetskrav med tilhørende rapportering. I tillegg bør det, jf. forslag i denne loven, stilles krav til styringssystemer (internkontroll), systematisk kvalitetsarbeid og pasientsikkerhetsarbeid. For å utføre disse oppgavene vil kommunene måtte ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i egen organisasjon.

I forlengelsen av dette kunne det foreslås å stille kommunene fritt med hensyn til hvordan den nødvendige kompetansen for å utføre disse oppgavene skal sikres, dvs. at de enten kan ansette personell, inngå avtale med private eller samarbeide med andre kommuner/helseforetak e.l.

På den annen side vil departementet påpeke at medisinsk-faglig kompetanse i kommuneadministrasjonen vil være helt avgjørende for å kunne lykkes med gjennomføringen av samhandlingsreformen. Dette fordi slik kompetanse er avgjørende for å vurdere hvordan kommunen bør håndtere de helseutfordringene den står overfor og gi råd om dette til politiske myndigheter. Departementet viser videre til at kommunelegen er tillagt oppgaver i en rekke lover og forskrifter, og særlig når det gjelder helsemessig og sosial beredskap, smittevern og miljørettet helsevern har kommunelegen en sentral rolle blant annet som myndighetsutøver. Også innenfor de oppgavene kommunen får etter helse- og omsorgsloven, bør kommunelegen ha viktige oppgaver. Å ta bort det lovbestemte kravet for en kommune til å ha kommunelege vil ha konsekvenser som i så fall bør utredes ytterligere.

Departementet foreslår derfor å videreføre gjeldende rett knyttet til kommunelegen.

I forbindelse med arbeidet med ny folkehelselov har departementet foretatt en vurdering av kravet til å ha kommunelege i forhold til Retningslinjene for statlig styring med kommunesektoren, jf. høringsnotat om ny folkehelselov punkt 17.3.2 hvor behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse er vurdert. Departementet har her påpekt at hensynet til liv, helse og sikkerhet er tungtveiende nasjonale hensyn som veier tyngre enn lokal handlefrihet. Dette blir særlig tydelig når det gjelder myndighetsutøvelse etter regelverket for miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, hvor kommunelegen er viktig.

Når det gjelder helsemessig beredskap er det i høringsnotat om ny folkehelselov vist til at dersom kommunestyret skal kunne fatte vedtak og kommunen løse sine beredskapsoppgaver for å ivareta liv og helse på en faglig og forsvarlig måte, må kommunen få kunnskap om medisinsk-faglige vurderinger. Det er derfor vist til at samfunnsmedisinsk kompetanse bør inngå i kommunens kriseledelse og være sentral ved

utarbeidelse av kommunens beredskapsplaner, herunder kommunens beredskap for psykososiale tiltak ved katastrofer og ulykker. Kommunelegen vil kunne ha en nøkkelrolle i arbeid der kommunen får større utfordringer som følge av uventede hendelser og ulykker. Enkelte kommuner har også plassert et ansvar for å ta initiativ til katastrofeøvelser på kommunelegen.

I forhold til smittevern er det i høringsnotatet om ny folkehelselov vist til at etter smittevernloven skal kommunelegen blant annet:

- utarbeide forslag til plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,
- ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
- utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
- bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,
- gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,
- utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

Smittevernloven vil ikke erstattes av forslaget til ny folkehelselov eller lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er ikke et krav i smittevernloven i dag om at kommunen skal ansette en kommunelege, men loven forutsetter at kommunen har en kommunelege. I høringsnotatet om ny folkehelselov har departementet påpekt at arbeidet som smittevernlege krever en viss administrativ forankring i kommunen. En erfaring fra utbruddet av svineinfluensa sist år var at arbeidet med å organisere vaksinasjon tok lenger tid i Norge enn i andre land i Norden. Dette kan være et signal om at smittevernarbeidet i Norge trenger å styrkes. En tydeligere rolle for kommunelegene vil kunne bidra til dette.

Under henvisning til ovennevnte foreslår departementet å videreføre kommunens plikt til å ha kommunelege. Departementet mener plikten til å ha kommunelege bør følge av både helse- og omsorgsloven og folkehelseloven, og at det i begge lover må gjøres rede for hvilke oppgaver som kan ligge til funksjonen som kommunelege etter den enkelte lov. Blant de oppgaver som departementet mener bør ligge til kommunelegen i helse- og omsorgsloven, er blant annet:

- Råd knyttet til planlegging og styring av kommunens samlede legeressurser, både. fastlegevirksomhet og annet allmennmedisinsk legearbeid, jf. nærmere om dette i kapittel 16
- Råd knyttet til kommunal planlegging, styring og evaluering av øvrige helsetjenester i kommunen og kommunal forvaltning for øvrig
- Bidra til utvikling av systemer og gode rutiner for samarbeid og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, jf. blant annet nærmere om dette i tilknytning til kapittel 25 om avtalebasert lovpålagt samarbeid
- Diverse andre oppgaver som det er hensiktsmessig blir utført av kommunen, men som krever medisinsk kompetanse slik som kontroll av dødsmeldinger mv

Departementet forslag til regulering er inntatt i lovforslaget § 5-5. Bestemmelsen viderefører gjeldende rett, men med et unntak. I dag skal kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd. Denne særlige saksbehandlingsregelen anser departementet at det ikke lenger er behov for. Forvaltningsloven har regler om forsvarlig saksbehandling og departementet kan ikke se at det er behov for regler som avviker fra dette. Det vil kunne være å betrakte som en saksbehandlingsfeil om en innstilling innen nevnte fagområder ikke forelegges kommunelegen eller fremmes uten at dennes syn fremkommer.

Departementet vil vurdere om kommunehelsetjenesteloven § 3-5 fjerde ledd (videresending av dødsmeldinger til Dødsårsaksregisteret) bør videreføres. Plikten følger også av forskrift om Dødsårsaksregisteret, og det kan diskuteres om lovplikt vil være nødvendig. I lovforslaget er imidlertid plikten foreløpig videreført.

Det ligger heller ikke i lovforslaget noen føring på hvilken formell plassering kommunelegen skal ha i kommunens administrasjon. Hvilken plassering som er gunstigst vil kunne variere med kommunestørrelse og med hvilke oppgaver kommunelegen blir tillagt ved siden av de oppgavene som følger av folkehelseloven og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

I dag er som nevnt flere leger dels ansatt som kommunelege, dels som fastlege. Dette kan medføre at den tiden som brukes på kommunelegeoppgavene blir knapp og at det blir vanskelig å utvikle den kompetanse og oversikt som er nødvendig for å løse oppgavene på en fullgod måte. For å støtte opp om utviklingen av kommunelegens kompetanse, anser departementet det derfor som hensiktsmessig om flere kommuner går sammen om å ansette en eller flere kommuneleger på heltid. Dette vil bygge opp under denne typen stillinger som mulige karriereveier for leger innen samfunnsmedisin. Dersom kommunelegene gis anledning til å konsentrere seg om denne typen oppgaver er det også sannsynlig at de vil utvikle økt nærhet til og kunnskap om kommunen(e), dens/disses innbyggere, helsetjeneste og øvrige forvaltning.

15.5 Administrative og økonomiske konsekvenser

Forslaget innebærer videreføring av gjeldende rett og vil derfor ikke innebære administrative eller økonomiske konsekvenser.

16 Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegene

16.1 Gjeldende rett - innledning

Fastlegeordningen ble innført i 2001, etter at det var gjennomført forsøk i fire kommuner i årene 1993-1996. Formålet med fastlegereformen var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom:

– en fast legekontakt for dem som ønsker det
– mulighet for kontinuitet i lege-pasientforholdet,

– bedre tilgjengelighet til tjenesten
– en mer rasjonell bruk av de samlede legeressurser gjennom forbedring av samarbeidet mellom allmennlege/fastlege og legevakt og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Fastlegereformen var en systemreform, som stilte krav til en ny måte å organisere allmennlegetjenesten på – en tjeneste landets kommuner allerede var forpliktet til å sørge for etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Hovedbegrunnelsene for forslaget om å organisere allmennlegetjenesten som et listesystem eller fastlegeordning var for det første behovet for en fast legekontakt (kontinuitet) for syke eldre, personer med kroniske lidelser og andre sårbare grupper spesielt i byene et behov for bedre kontroll med såkalt lege-shopping, dvs. at personer gikk fra lege til lege for å få ønskede medikamenter.

Fastlegeordningen er regulert på fire nivåer i lov, forskrift og ulike avtaler på sentralt og lokalt nivå:

– Kommunens plikt til å organisere fastlegeordning og sentrale pasientrettigheter er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven
– Utfyllende bestemmelser er gitt i forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene. Forskriften omfatter blant annet opprettelse og endring av lister, innbyggernes rettigheter, kommunens plikter og legenes rettigheter og plikter.
– En nærmere utforming av kommunenes og legenes rettigheter og plikter, samarbeid mellom partene og økonomiske forhold er regulert i sentralt avtaleverk mellom staten, Den norske legeforening og KS/Oslo kommune, samt i sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening (SFS 2305)
– Fastlegeavtalen eller den lokale, individuelle avtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege. Denne avtalen er kommunens viktigste styringsverktøy i oppfyllelsen av lovpålagte plikter. I fastlegeavtalen kan det settes rammer for fastlegens ansvar og oppgaver.

Ordningen består av tre kjerneelementer. For det første er det selve listesystemet som løpende registrerer alle innbyggere som ønsker å være tilknyttet en fastlege. Personer som ønsker fastlege vil følgelig være på listen til en lege som har en fastlegeavtale med en kommune.

For det andre innebærer listesystemet en tydelig ansvarsplassering. Ansvaret for allmennlegetilbudet til dem som står på listen er plassert hos en navngitt fastlege, slik at listeinnbyggere vet hvor de skal henvende seg dersom de har behov for legehjelp. Det må likevel presiseres at det er kommunen som har det overordnede ansvaret for allmennlegetilbudet i kommunen, uavhengig om fastlegen er fast ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende. I sistnevnte tilfelle er fastlegene følgelig en kontraktspart som utfører oppgaver som inngår i kommunens sørge-for-ansvar. Kommunen kan ikke delegere bort sitt sørge-for-ansvar etter kommunehelsetjenesteloven til fastlegene.

Videre innebærer ansvarsplassering at den øvrige kommunehelsetjeneste kan innhente informasjon fra pasient eller pårørende om hvilken lege de skal kontakte når det er behov for medisinsk oppfølging, eller ved søknad om spesifikke tjenester på vegne av innbyggeren. Plasseringen av ansvar innebærer også at legevakt og sykehus har en

adressat for epikriser blant annet ved behov for medisinsk oppfølgning for eksempel etter en øyeblikkelig hjelp situasjon, eller etter utskrivning fra sykehus.

Det tredje kjerneelementet i fastlegeordningen er kontraktsinstituttet. Dette er fastlegeavtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege. De individuelle avtalene synliggjør kommunens oppfølging av sine plikter i henhold til lov, forskrifter og sentralt avtaleverk om fastlegeordningen. Avtalene synliggjør også legenes ansvar for innbyggere på sin liste og for eventuelle andre allmennlegeoppgaver organisert utenfor fastlegeordningen i kommunen, som for eksempel legeoppgaver ved sykehjem og helsestasjon.

Nedenfor redegjøres det for regelverket om fastlegeordningen og avtaleverket som regulerer ordningen. Redegjørelsen har hovedfokus på de plikter og oppgaver som fastlegene har i fastlegeordningen.

16.2 Stortingets overordnede føringer ved innføringen av fastlegeordningen

I Innst. S. nr. 215 (1996-97) mente flertallet i sosialkomiteen, medlemmene fra Arbeiderparti og Kristelig Folkeparti, at følgende hovedprinspipp skulle legges til grunn for fastlegeordningen:

- Pasientene kan velge fastlege også uavhengig av kommune- og bydelsgrenser basert på nærmere fastsatte kriterier.
- Pasienten kan skifte fastlege inntil to ganger pr. år og har rett til ny vurdering hos annen lege enn fastlegen.
- Pasientene kan stå på liste hos en enkeltlege i egen praksis eller i gruppepraksis.
- Fastlegen har hovedansvar for pasienten.
- Legene i felleskap har ansvar for vikarordninger, legevakt o.l. i samråd med kommunen.
- Legene skal normalt ikke ha flere enn 2 500 pasienter eller færre enn 500 pasienter på listen. Legene må etter nærmere avtale med kommunen ha mulighet til å begrense listen til 1500 pasienter.
- Alle leger som driver allmennpraksis med eller uten avtale når ordningen trer i kraft, skal få muligheten til avtale som fastlege. Det samme gjelder de som midlertidig er ute av arbeid pga. svangerskapspermisjon eller andre permisjoner.
- Det utarbeides kriterier for anslått legebehov i forhold til folketall, som brukes som utgangspunkt for hvorvidt det kan opprettes flere avtaler i en kommune.
- Fastlegeordningen finansieres med 30 prosent basistilskudd på grunnlag av antall pasienter på listen og 70 prosent refusjon/egenandel.
- Alle leger skal ha rett til å sykemelde pasienter, skrive ut trygdeerklæringer, henvise til spesialist og foreskrive resepter for alle pasienter.
- Pasienter skal ha rett til å stå utenfor fastlegeordningen.
- Liberal henvisningspraksis ved bl.a. graviditet.
- Kommunene skal få kompensert alle merutgiftene til fastlegeordningen.

Disse føringene skulle være bærende for innføringen av fastlegeordningen. Ved Stortingets behandling av sosialkomiteens innstilling ble det votert over hvert av de 13 punktene nevnt ovenfor. Samtlige fikk flertall.

16.3 Lov og forskrift

16.3.1 Kommunehelsetjenesteloven

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første og annet ledd lister opp de oppgavene kommunenes helsetjeneste skal omfatte og hvilke deltjenester kommuner skal sørge for. I annet ledd presiseres kommunens plikt til å sørge for allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning. Det vil si at alle landets kommuner plikter å organisere en fastlegeordning. Kommunene skal inngå avtale med et tilstrekkelig antall fastleger, slik at de som har rett til fastlege etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a, og som ønsker fastlege i kommunen, kan tilbys å stå på en fastleges liste.

I § 1-3 sjette ledd reguleres suspensjon av fastlegeordningen. Fylkeslegen kan etter søknad fra kommunen for en viss tid suspendere plikten til å organisere en fastlegeordning dersom tungtveiende grunner tilsier det. Dette innebærer at lovbestemte rettigheter og plikter knyttet til fastlegeordningen settes til side. Plikten til å sørge for allmennlegetjeneste vil likevel bestå.

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a gir pasientrettigheter i fastlegeordningen. I første ledd gis enhver som er bosatt i en norsk kommune rett til å stå på liste hos en lege med fastlegeavtale eller hos et legesenter med fellesliste. Dette er en snevrere gruppe enn den som har rett til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Etter sistnevnte bestemmelse har personer som bor eller oppholder seg midlertidig i en kommune rett til nødvendig helsehjelp. Begrunnelsen for innsnevring er at fastlege-ordningen forutsetter at det er kontinuitet i lege-pasientforhold. Det er lite hensiktsmessig å gi dem som oppholder seg midlertidig i en kommune, rett til fastlege.

I § 2-1a annet ledd gis person som står på fastleges liste, rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året. Person som står på fastleges liste har også rett til ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale, så fremt personen samtykker i at journalnotat sendes egen fastlege, jf. fastlegeforskriften § 6. Retten gjelder når pasienten har fått en første vurdering av fastlegen. Krav om ny vurdering må være relatert til samme forhold som den første vurderingen. I den nye vurderingen kan det være behov for å foreta kliniske vurderinger for å vurdere pasientenes tilstand på ny. Bestemmelsen innebærer imidlertid ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser, dersom det ikke er nødvendig for å ivareta en forsvarlig vurdering.

Det fremgår av loven § 2-1a tredje ledd at rettigheter i første og annet ledd ikke gjelder i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter § 1-3 sjette ledd. Rettigheter etter denne bestemmelsen gjøres gjeldende overfor den kommunen rettighetshaverne har eller ønsker fastlege i. I kommuner der det i en lengre periode ikke er mulig å organisere allmennlegetjenesten som en fastlegeordning, kan disse rettighetene

ikke gjøres gjeldende. Retten til nødvendig helsehjelp etter § 2-1 suspenderes imidlertid ikke.

Det følger av § 2-1a fjerde ledd at departementet kan gi forskriftsbestemmelser om gjennomføring og utfylling av pasientrettigheter i fastlegeordningen, herunder om barns plassering på liste og om rett til å bytte fastlege.

I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd kan kommunen organisere tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-1a at departementet hvert år fastsetter en samlet ramme for:

5. antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten
6. antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet

Denne ordningen ble innført fra 1. januar 1999. Formålet med ordningen var å sikre en bedre nasjonal fordeling av leger. Departementets beslutning om fordelingsrammen er basert på råd fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

16.3.2 Fastlegeforskriften

Det følger av fastlegeforskriften § 1 at formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

Retten til å stå på liste hos en fastlege, gjelder enhver som er bosatt i en norsk kommune, jf. § 3. Som bosatt regnes den som i folkeregisteret er registrert som bosatt i en norsk kommune. Den som har rett til å stå på liste hos fastlege, kan fremsette legeønske. Legeønsket skal etterkommes så langt det er ledig plass på fastleges liste unntatt i de tilfeller som uttømmende er regulert i fastlegeforskriften. Den som selv ikke ønsker å velge fastlege, blir plassert på listen til fastlege med ledig listeplass. Den som ikke ønsker å være tilknyttet fastlegeordningen, må gi melding til kommunen om dette. Det er adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommunen.

Ved valg av fastlege for barn under 16 år er det den eller de som har foreldreansvaret som velger fastlege. Dersom fastlege ikke velges, plasseres barnet på samme liste som den eller de som har foreldreansvaret. Ved fylte 16 år treffer barnet selv avgjørelse om valg av fastlege. Er barnet mellom 12 og 16 år kan det selv fremsette krav om bestemt fastlege etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret, jf. § 4.

Person som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger per år, såfremt det er ledig plass på annen fastleges liste, jf. § 5. Fastlegen kan ikke nekte å ta vedkommende inn på listen dersom det er ledig plass på listen.

Fastlegen har ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innen de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale, jf. forskriften § 7. Under utøvelse av det allmennmedisinske arbeidet skal fastlegen prioritere personer på sin

liste, såfremt høyere eller lik prioritet av andre oppgaver ikke er pålagt legen i eller i medhold av lov.

I merknadene til § 7 heter det at:

> "Fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for de som står på listen. Det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid. Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen har dessuten ansvaret for personens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler.
>
> Innbyggerne på fastleges liste skal få utført nødvendige allmennlegetjenester, og få henvisning til andre helsetjenester etter behov, få utskrevet helseattester og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester. Fastlegen skal prioritere personene på listen foran andre, med unntak av lovpålagt øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift og avtale".

Det følger av forskriften § 8 at dersom en person som står på fastleges liste blir inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres ansvaret etter § 7 til institusjonen. Vedkommende blir likevel stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet til denne ved utskrivning. Ved behov for slik tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fastlegen på forhånd. Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning etter reglene i helsepersonelloven § 45.

Fastlegeavtale inngås med den enkelte lege, også om denne arbeider i en gruppepraksis. Organisering i gruppepraksis endrer ikke fastlegenes ansvar overfor personene på sin liste. Det fremgår imidlertid av forskriften § 9 annet ledd at innenfor de rammer som er i sentral avtale kan det avtales fellesliste i en gruppepraksis. Fastleger med fellesliste har et felles ansvar for allmennlegetilbudet til personene på listen. Personer som står på en felles liste skal ha en ansvarlig lege som har hovedansvar for journal og oppfølging.

Det følger av § 10 at en fastleges økonomiske vederlag for det arbeid som honoreres etter normaltariffen, består av et tilskudd fra kommunen for hver person (per-capita tilskudd) og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra trygden for utført arbeid. Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal gi et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom per-capita tilskuddet for fastsatte referanseliste og per-capita tilskudd for gjennomsnittlig listelengde i kommunen.

Det følger av forskriften § 11 at kommunen skal tilrettelegge fastlegeordningen, herunder inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i ordningen. Kommuner kan samarbeide om organisering av fastlegeordningen. Fastlegen skal som hovedregel være næringsdrivende.

Det følger av § 12 at kommunen kan stille følgende vilkår for inngåelse av avtale:

a. at fastlegen påtar seg listeansvar for inntil et nærmere bestemt antall personer. Fra 1. januar 2001 ble antallet fastsatt til 1500 ved fulltids kurativ virksomhet. Ved deltidspraksis justeres øvre antall personer på listen forholdsmessig.
b. at fastlegen deltar i allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Slik deltakelse gir fastlegen rett til forholdsmessig avkorting i listelengde.
c. at fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretakelse av utrykningsplikten
d. at fastlegen deltar i veiledning av turnusleger.
e. at fastlegen har gjennomført eller forplikter seg til å gjennomføre minst tre års veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere med rett til trygderefusjon.

Disse avtalevilkårene som her er nevnt kan utfylles i sentral avtale.

I merknadene til forskriften § 12 bokstav b uttales det at:

> "Med allmennmedisinske offentlige legeoppgaver menes her offentlige legeoppgaver som blant annet lege ved helsestasjon, lege i skolehelsetjenesten, lege ved sykehjem, samt lege ved fengselsanstalter."

Ny fastlegeavtale kan inngås når en fastlege avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, når en ubesatt legehjemmel skal besettes, eller når kommunen har fått innvilget søknad om opprettelse av ny legehjemmel, jf. § 13.

Fastlegen skal normalt ikke ha flere enn 2500 eller færre enn 500 personer på sin liste, jf. § 14. Det kan inngås individuelle avtaler om kortere eller lengre lister, innenfor de rammer som fastsettes i sentral avtale. Lengre liste enn 2500 kan bare avtales for ett år av gangen.

Det følger av forskriften § 15 at dersom fastlegen ved etablering av en liste har flere tilmeldte personer enn det som er avtalt listetak, skal listen justeres ned til avtalt listetak. De som har et pasientforhold til legen, skal prioriteres på listen etter pasientforholdets varighet. Dersom dette ikke er tilstrekkelig til å avgrense listen, skal det organ Helsedirektoratet bestemmer foreta et tilfeldig utvalg.

Fastlege med flere personer på sin liste enn det tak vedkommende kan sette i henhold til forskrift og sentrale avtaler, har rett til å få nedjustert listelengden til dette taket, jf. § 16. Krav om nedjustering skal meldes til kommunen med 6 måneders frist. Reduksjon av listen skjer ved tilfeldig utvelgelse blant dem som står på listen til vedkommende fastlege.

Det fremgår av forskriften § 17 at fylkesmannen kan etter søknad fra kommunen suspendere plikten til å ha fastlegeordning. Suspensjon kan bare skje dersom det er forsøkt å finne lokale løsninger og det er grunn til å tro at kommunen vil være ute av stand til å oppfylle sin plikt over en periode på minst tre måneder. Fylkesmannen skal tilse at kommunens plan for allmennlegetjenesten i suspensjonsperioden ivaretar løsning av kommunens øvrige pålagte oppgaver etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 1. Suspensjon kan vedtas for inntil 1 år av gangen. Kommunen eller fastlegene i kommunen kan påklage fylkesmannens avgjørelse til departementet.

16.4 Avtaleverket

16.4.1 Statsavtalen

Statsavtalen er inngått mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene siden og Den norske legeforening på den andre side. Avtalen regulerer økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis, herunder listeregulering, tilskudd til leger i særskilte kommuner og bestemmelser om godtgjøring i kommuner der fastlegeordningen er suspendert. Nåværende avtale gjelder fra 1. juli 2010 til 30. juni 2011.

Det følger av punkt 2.3.1 i avtalen at dersom det er behov for endringer i § 12 a i fastlegeforskriften om det maksimale antallet personer på listen som kommunen kan pålegge fastlegen, skal partene drøfte alternative løsninger. Basert på drøftelsene med partene kan departementet foreta endringer i forskriften etter ordinær høring. Ved vurdering av om antallet personer bør endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de oppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen. I protokolltilførsel til avtalen er det fra statens side lagt til grunn at eventuelle endringer i fastlegeforskriften § 12 a ikke vil bli gjort uten at Den norske legeforening og KS gir sin tilslutning.

For avtaleåret 1. juli 2010 – 30. juni 2011 har partene avtalt at det kommunale basis- eller per capita-tilskuddet per registrerte person på legens liste skal utgjøre 380,- kroner, jf. avtalen punkt 2.1. Det følger av avtalens punkt 4.1 at fastlegene kan kreve honorarer etter de takster som fremgår av Normaltariffen.

16.4.2 Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening

Rammeavtalen er inngått mellom KS og Den norske legeforening. Det følger av avtalens punkt 2 at det i tillegg til rammeavtalen skal inngås individuell og personlig avtale mellom kommunen og den enkelte lege i samsvar med den vedlagte mønsteravtalen til rammeavtalen. Rammeavtalen danner ramme for hva som kan kreves ensidig av en part ved inngåelse eller revisjon av individuell avtale.

Det følger videre av avtalens punkt 2 at legen i sin kurative virksomhet er selvstendig næringsdrivende. Dette skal likevel ikke være til hinder for at leger kan organisere sin virksomhet i ulike selskapsformer. Dette er kommunen uvedkommende og skal ikke ha betydning for legenes rettigheter eller plikter i lov, forskrift og avtaler.

I avtalens punkt 3 er det fastslått av statsavtalen og rammeavtalen ved senere revisjoner skal søkes forhandlet parallelt og tas stilling til samlet, med mindre partene er enige om å fravike dette.

Det følger av avtalens punkt 4.1 at det skal opprettes et allmennlegeutvalg, som skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet slike utvalg, hvor alle allmennleger deltar.

Det følger av avtalens punkt 4.2 at det skal opprettes et samarbeidsutvalg i hver kommune, eventuelt et felles samarbeidsutvalg for flere kommuner. Utvalget er partssammensatt og skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen. Det lokale samarbeidsutvalget (LSU) skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og listeansvar. Det er kommunen som skal ta initiativ til at det blir opprettet et samarbeidsutvalg. Medisinskfaglig rådgiver eller dennes stedfortreder har møteplikt i samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig.

I avtalens punkt 4.2.3 heter det at *"Samarbeidsutvalget kan gi råd i saker som gjelder (opplistingen er ikke uttømmende):*

- fastlegeordningen slik den er beskrevet i lov, forskrift og avtaleverk
- planlegging av kommunens allmennlegetjeneste mht. kapasitet og lokalisering
- oppretting av legehjemler
- søkere til avtalehjemmel, ved uttalelse
- flytting av praksis
- midlertidig legemangel
- kollegial fraværsdekning og vikarordninger
- fordeling og tilplikting av offentlige legeoppgaver
- kvalitetsarbeid/kvalitetsindikatorer mht. ventetid, telefontilgjengelighet, sykebesøk til egne pasienter mv.
- forslag til rapporteringsrutiner
- generelt om listelengde og listereduksjon
- organisering av legevakt
- fordeling av legevakt etter kontortid og øyeblikkelig hjelp på dagtid, herunder vaktfritak
- suspensjon av ordningen

I avtalens punkt 5 til 11 er tildeling av avtalehjemler, plikt til organisering av fastlegeordning, plikt til informasjon m.m. regulert.

I avtalens punkt 12.1 er plikten til å delta i allmennmedisinsk offentlig legearbeid regulert. Det følger av avtalen at

> "Kommunen kan pålegge legen deltidsstilling innen allmennmedisinsk offentlig legearbeid begrenset til 7,5 timer pr. uke ved fulltids virksomhet. Pålegget kan bare skje med kommunen eller interkommunalt selskap som arbeidsgiver (…).
>
> Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene, herunder kunngjøre dem.
>
> Deltidsstilling i allmennmedisinsk offentlig legearbeid gir legene rett til reduksjon i listelengde.

I forbindelse med pålegg skal kommunen tilstrebe en lik fordeling av disse oppgaver mellom kommunens allmennleger"

I avtalens punkt 12.2 er det fastslått at det kan inngås avtale om samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid. Med andre ord er det ikke adgang for kommunen til å pålegge fastlegene slike oppgaver. Dersom det inngås avtale om samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid medfører det en rett for fastlegen til krav om reduksjon av listelengde. Tilsvarende gis fradrag i plikt til allmennmedisinsk offentlig legearbeid etter punkt 12.1.

Det følger av punkt 13.1 at full tids kurativ virksomhet innebærer en gjennomsnittlig åpningstid på minst 28 timer per uke 44 uker i året. Lengre fravær uten vikar skal meddeles kommunen i så god tid som praktisk mulig. Annen åpningstid enn i tidsrommet mellom kl.08-16 i ukens fem første dager kan fra kommunens side ikke settes som vilkår for avtaleinngåelse, men kan avtales mellom legen og kommunen.

I avtalens kapittel 13 til 16 reguleres tilgjengelighet, fravær, varighet av individuelle avtaler, inntak av vikar m.m.

For Oslo kommune er det inngått en egen avtale med Legeforeningen. Denne avtalen er på noen punkter mer utdypende enn KS-avtalen, f.eks. vedrørende øyeblikkelig hjelp og legevakt. Utover dette innholder avtalene hovedsakelig de samme elementene.

16.4.3 Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening

Særavtalen (SFS 2305) regulerer vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen. Avtalen er inngått med hjemmel i Hovedtariffavtalen (HTA) kapittel 0, og bestemmelsene i HTA gjelder med mindre annet fremgår (§ 1 punkt 1.1). I tillegg gjelder forskrift om fastlegeordning i kommunene, Statsavtalen og Rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen (§ 1 punkt 1.2).

Avtalen regulerer lønn, arbeidstid, praksiskompensasjon ved fravær fra kontorpraksis på grunn av offentlig legearbeid, kommunalt organisert øyeblikkelig hjelp på dagtid, legevakt utenom ordinær åpningstid, legevakt i interkommunal legevaktsentral i tiden 23.00 – 08.00, reisetillegg mv., utdanningspermisjoner mv., spesielle forhold for turnusleger samt samfunnsmedisin.

Avtalen regulerer blant annet vilkår for fastleger ansatt i kommunen. Det går fram av Særavtalen § 4.1 at det i henhold til fastlegeforskriften § 12 a) ikke kan stilles vilkår om listeansvar utover 1 500 innbyggere ved fulltids kurativ praksis.

I avtalen reguleres også legevakt utenom ordinær åpningstid, jf. § 7. Det fremgår av 7.1 at fastlønnet lege og allmennlege med individuell avtale plikter å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid, herunder interkommunal legevakt.

Det følger av 7.3 i avtalen at det gis fritak fra legevakt når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. Gravid gis etter forespørsel fritak i de 3 siste månedene av svangerskapet, og ellers når graviditeten er til hinder for deltakelse. I 7.4 fremgår det at det gis fritak til leger som har fylt 60 år, dersom vedkommende lege ønsker det.

Etter 7.5 kan kommunen gi fritak når legen av personlige grunner ber om det og arbeidet uten skade kan utføres av øvrige leger. Det skal tas særlig hensyn til leger over 55 år.

16.4.4 Individuelle avtaler mellom kommune og fastlege

De individuelle avtalene synliggjør kommunens oppfølging av sine forpliktelser i henhold til lov, forskrifter og sentralt avtaleverk om fastlegeordningen, og legenes ansvar for innbyggere på sin liste og for eventuelle kommunale legeoppgaver.

Gjennom den individuelle fastlegeavtalen, skal kommunen sikre befolkningen et tilbud om fastlege og tilgjengelighet til denne tjenesten. Kommunen må samtidig sikre ivaretakelse av andre legeoppgaver som kommunen har behov for at fastlegene skal ivareta. De individuelle avtalene er, i kombinasjon med det lokale samarbeidsutvalget (LSU), kommunens viktigste styringsverktøy for å sikre ivaretakelse av lovpålagte kommunale oppgaver. I henhold til fastlegeforskriften og rammeavtalen kan kommunen stille en rekke vilkår for inngåelse av fastlegeavtale.

16.4.5 Kollektivavtalen – avtale mellom Helsedirektoratet og Den norske legeforening

Partene i kollektivavtalen er Legeforeningen og Helsedirektoratet, og gjelder for medlemmer av Legeforeningen som har rett til refusjon etter folketrygdloven § 5-4, og som ikke er utelukket fra denne retten etter § 25-6 om tap av retten til å praktisere for trygdens regning.

Avtalen gjelder den praktiske gjennomføringen av ordningene med direkte oppgjør som følger av folketrygdloven § 22-2 jf. 22-1 og skal bidra til oversiktlige og forutsigbare forhold. Avtalen skal videre blant annet sikre at riktig stønad utbetales direkte til legen uten unødig opphold.

Kollektivavtalen supplerer lov og forskrift vedrørende det økonomiske oppgjøret mellom medlemmer av Legeforeningen og HELFO i de tilfeller legen har inngått avtale om direkte oppgjør for utgifter til legehjelp. Oppgjørsordningen i avtalen er begrenset til godtgjørelse for undersøkelse og behandling i henhold til folketrygdloven §§ 5-1 og 5-4, og gjeldende forskrift.

Kollektivavtalen gjelder for alle medlemmer av Legeforeningen uten individuell tiltredelse av avtalen. Fastleger som ikke er medlem av Legeforeningen må inngå individuell avtale med HELFO, såkalt mønsteravtale for direkte oppgjør. Det følger av kollektivavtalens punkt 2 at også lege som yter øyeblikkelig hjelp har rett til å kreve refusjon etter direkteoppgjørsordning selv om legen ikke har direkteoppgjørsavtale.

Det følger av avtalens punkt 5 at legen som hovedregel skal fremsette refusjonskravet elektronisk over linje. Fra 1. januar 2010 ble dette kravet forskriftsfestet med hjemmel i folketrygdloven § 22-2, se forskrift 15. oktober 2009 nr. 1287. Legen har ansvaret for at de opplysninger som vedkommende gir er korrekte og tilstrekkelige for å kunne ta stilling til refusjonskravet.

I avtalens punkt 7 fremgår det at refusjonskravet skal være i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. Dersom HELFO finner at kravet ikke er i samsvar med gjeldende lover og

forskrifter, kan ulike virkemidler benyttes. HELFO kan, avhengig av alvorlighetsgrad, gi generell eller spesifikk informasjon, gi pålegg om endret takstbruk, tilbakeholde eller avkorte kravet, eller kreve tilbakebetaling av utbetalt oppgjør.

16.5 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

16.5.1 NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt

I utredningen uttales det på side 78 at:

> "Utvalget ser samtidig behov for at myndighetene kan sette tydeligere kvalitets- og funksjonskrav til fastlegene. Hensikten må blant annet være å sikre at fastlegene på en god måte ivaretar behovene til de listepasientene som trenger det mest. Lov og avtaler gir den enkelte fastlege plikter og ansvar for organiseringen av praksis overfor brukerne. Utvalget ser behov for å innarbeide tydeligere kvalitets- og funksjonskrav i avtaleverket. Som et eksempel er det viktig at kommunene sikrer at fastlegene følger opp det økende antall beboere i omsorgsboliger på en god måte. Mange av disse har et funksjonsnivå på linje med tidligere sykehjemspasienter, og trenger derfor et forsvarlig legetilsyn for å kunne bli boende i en omsorgsbolig."

Videre uttales det på side 79 at

> "Utvalget har ikke grunnlag for å si at reduksjon av øvre listetak vil ha gode konsekvenser for samhandlingen i helsetjenesten."

Utvalget viser til at det har vært en svært liten økning i fastlegenes medvirkning i offentlig legearbeid, blant annet i sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Utvalget mener at kommunene gjennom fordeling av oppgaver innen allmennmedisinske oppgaver kan øke fastlegenes forståelse for kommunenes øvrige arbeid med helse- og omsorgstjenesten, og dermed bedre integrere fastlegene i tverrfaglig samarbeid.

Utvalget peker på følgende muligheter for kommunene til å oppnå bedre samhandling:

- Sikre tilstrekkelig kapasitet til å kunne tilby innbyggere reell valgmulighet ved ønske om bytte av fastlege (dvs. minimum to ledige lister å bytte til) og mulighet for ny vurdering hos annen fastlege.
- Bruke den individuelle fastlegeavtalen til å sikre allmennmedisinske offentlige legeressurser i blant annet sykehjem.
- I samarbeid med legene sikre at det er tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp fram til det tidspunktet legevaktordningen overtar.
- Som kontraktspart følge opp at fastlegen overholder sine forpliktelser blant annet med hensyn til tilgjengelighet. Ventetid på time og telefontilgjengelighet er tilgjengelighetsaspekter som bør følges opp.
- Opprette kombinerte legestillinger for å sikre en større helhet i det offentlige legearbeidet, og for å gi kommunene en større grad av fleksibilitet med hensyn til organisering av legetjenesten.

Det fremheves også av utvalget at det er viktig at samfunnsmedisin inngår i de oppgaver som kommunen kan pålegge fastlegene gjennom fastlegeavtalen.

16.5.2 St.meld. nr. 47 (2008-2009)

Fastlegenes rolle omtales i hovedsak i kapittel 8 *"Bedre legetjenester i kommunen"*. På side 89 oppsummerer meldingen fastlegeordningen slik:

"Fastlegen har en tre-delt rolle:

- Ansvar for legetjenester til de som står på fastlegenes liste. Fastlegene skal sørge for nødvendig primærmedisinsk utredning, forebygging, behandling og skal koordinere behovet for annen medisinsk hjelp til innbyggere på sin liste. Dette omfatter også samarbeid med ulike kommunale tjenester, og henvisning til og oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Oppgaver definert som allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Kommunen kan i dag tilplikte fastleger i fulltidsaktivitet å delta i inntil 7,5 timer per uke med allmennmedisinske offentlige oppgaver knyttet til sykehjem, helsestasjon, skolehelsearbeid, fengselstjeneste mv. Disse bistillingene er de aller fleste steder fastlønnet, og har i tillegg et tilskudd for å dekke deler av fastlegenes løpende praksisutgifter (praksiskompensasjon).
- Legevakt. Kommunen kan etter fastlegeforskriften tilplikte fastleger å delta i kommunalt organisert legevakt. Legevakten omfatter medisinsk beredskap for øyeblikkelig hjelp 24 timer i døgnet."

I meldingen uttales det at regjeringen vil legge til rette for at veksten i legetjenesten i hovedsak kommer i kommunene, og at fastlegene i hovedsak skal være selvstendige næringsdrivende. Videre er det i meldingen uttalt at departementet bl.a. vil vurdere å øke timeantallet for den kommunale påleggshjemmelen for allmennmedisinsk offentlig legearbeid, og at det i tillegg vil vurderes om også følgende oppgaver skal inngå i det allmennmedisinske offentlige legearbeid:

- undervisning av studenter, turnusleger, spesialistkandidater, annet helsepersonell
- veiledning av utdanningskandidater i allmennmedisin
- tverrfaglig samarbeid
- praksiskonsulenter/samarbeidsleger
- legevakt som allmennmedisinsk offentlig oppgave
- delta i rehabilitering i kommunal regi
- bidra i lærings- og mestringssentra i kommunal regi
- forebyggende helsetjenester i tillegg til helsestasjon og skolehelsetjeneste

Det vurderes å tydeliggjøre at kommunelegerollen er en viktig premissleverandør for kommunal planlegging, bl.a. for utvikling av gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekket helsebehov i befolkningen, bringe kunnskapsforhold om helseforbehold inn i budsjettarbeid, plan- og beslutningsprosesser og gi råd om hvilke alternative tiltak som kan gi bedre tilbud til befolkningen, samt ha en sentral rolle i styringsdialogen med fastlegene.

I stortingsmeldingen er det lagt opp til en sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side, for å sikre at en økt kapasitet kanaliseres til prioriterte grupper og oppgaver. Det

foreslås at dette skal skje langs flere akser. For det første skal dette skje gjennom en tydeligere kommunal styring av de allmennmedisinske offentlige oppgavene legene kan pålegges. For det andre skal det være en tydeligere kommunal styring på den kurative delen av arbeidet for å sikre at fastlegenes praksis innrettes i tråd med helsepolitiske prioriteringer. Videre skal det være en tettere oppfølging av at legenes praksis på alle områder er i tråd med nasjonale krav og forventninger til god medisinsk praksis.

Det er uttalt at denne utviklingen av et hensiktsmessig samspill mellom styrings- og avtaletiltak i fastlegeordningen skal skje gjennom dialog med berørte organisasjoner. Det uttales at:

> "I det videre arbeidet vil bl.a. forskrift og sentralt avtaleverk bli gjennomgått med sikte på endringer som innebærer:
>
> - Innføring av funksjons- og kvalitetskrav til utøvelsen av fastlegevirksomheten.
> - Innføring av bestemmelser som gir kommunene sterkere posisjoner i forbindelse med ledelse og prioritering av allmennlegeressursene og som skal bidra til å sikre fastlegenes samhandling med andre.
> - Vurdering av bestemmelser om listelengde
> - En helhetlig gjennomgang av finansieringssystemet for fastlegevirksomhet og de allmennmedisinske offentlige oppgaver. En slik gjennomgang vil omfatte dagens finansieringsordning, herunder takstsystem og insentiver for legene, forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og basistilskudd, og økt finansieringsansvar til kommunene."

16.5.3 Innst. 212 S (2009-2010) fra Helse- og omsorgskomiteen

Under Stortingets behandling av samhandlingsmeldingen, viser komiteens flertall viser til Norges forskningsråds evaluering av fastlegeordningen hvor det fremkommer at ordningen i hovedsak har vært vellykket, og at det derfor er god grunn til å beholde de grunnleggende strukturer i dagens fastlegeordning. Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, deler denne oppfatning, men er likevel opptatt av at ordningen kan utvikles på en del områder og mener disse områdene er viktige i samhandlingsreformen.

Dette flertallet uttaler at man:

> "legger til grunn at regelverket gjennomgås for å legge et tydeligere nasjonalt rammeverk med sikte på at denne viktige gruppen kan bidra til å løfte samhandlingsreformens mål for det kommunale helsearbeidet. Dette inkluderer tydeligere kommunal styring av de allmennmedisinske oppgavene legen kan pålegges."

Flertallet i komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at det tidligere har vært mangelfull kommunal styring med fastlegene, og mener at en sterkere styring vil være riktig. Videre gis det støtte til en bedre ledelse og styring av allmennlegetjenesten, både av de allmennmedisinske legeoppgavene,

av at kurativ praksis er i tråd med helsepolitiske prioriteringer og oppfølging av legers praksis ut fra nasjonale kvalitets- og funksjonskrav i tråd med god medisinsk praksis. I den forbindelse ønsker komiteen at det innledes et samarbeid mellom berørte myndigheter, KS, Den norske legeforening og andre relevante fagmiljøer for å få etablert ordninger med faglig støtte for kommunehelsetjenesten, herunder fastlegenes arbeid. Videre ønsker komiteen at det bør innføres systemer med regelmessige tilbakemeldinger til fastlegen om egen og andres praksis på prioriterte samfunnsmedisinske områder, slik som sykemeldingspraksis, legemiddelpraksis og henvisningspraksis.

Komiteen er enig i at det må gjennomføres et arbeid for å etablere nasjonale funksjons- og kvalitetskrav til fastlegevirksomheten. Videre viser komiteen til at meldingen angir at det vil være behov for en vekst i legetjenestene i kommunene. Komiteen deler denne oppfatningen og uttaler at det er behov for en slik vekst slik at offentlige legeoppgaver kan dekkes bedre, at omsorg for kronikergrupper kan gis bedre tid, og at det blir ressurser for utvikling av praksiskonsulentordningen og forskning i allmennpraksis.

Komiteen ber også Regjeringen om å styrke faglige og organisatoriske krav til kommunal legevakt, samt samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Dette foreslås gjennomført i forbindelse med arbeidet med Nasjonal helseplan, og fortrinnsvis gjennom en utvidelse av akuttmedisinforskriften, eventuelt gjennom en egen forskrift for kommunal legevakt. Komiteen mener det gir grunn til bekymring at bare halvparten av fastlegene deltar i legevakt, da disse er ment å utgjøre ryggraden i legevakttjenesten.

16.6 Departementets vurderinger og forslag

16.6.1 Kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen

Utgangspunktet er at de legetjenester som kommunen besørger er gode og at fastlegereformen på mange områder har vært vellykket. Departementet vil derfor videreføre de grunnleggende strukturer fastlegeordningen bygger på. Departementet foreslår å videreføre kommunens plikt til å sørge for en fastlegeordning, se også omtale i kapittel 11.2.2. De lovfestede pasientrettighetene i dagens fastlegeordning foreslås videreført i pasientrettighetsloven, se omtale i kapittel 21.2.4. Hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om fastlegeordningen foreslås også videreført. Departementet vil i ny hjemmel utdype at departementet i forskrift kan fastsette funksjons- og kvalitetskrav. Nærmere omtale om dette nedenfor under punkt 16.6.4.2.

Selv om mye i fastlegeordningen fungerer bra, er departementet likevel av den oppfatning at det er rom for forbedringer i ordningen og da spesielt sett hen til de intensjoner og mål som fremheves i samhandlingsmeldingen og av flertallet i innstillingen. For det første ønsker departementet å tydeliggjøre i fastlegeforskriften at fastlegetjenesten er et offentlig og kommunalt forankret tjenestetilbud. Dette gjelder uavhengig av om tjenesten utføres av leger som er ansatt i kommunen eller av leger som er selvstendig næringsdrivende med fastlegeavtale. Videre er det viktig fortsatt å fastslå i loven at fastlegeordningen er et offentlig organisert, og i hovedsak et offentlig finansiert, tjenestetilbud. Det er kommunen som skal sørge for allmennlegetjenester til befolkningen, herunder fastlegeordning, jf.

lovforslaget § 3-2. De tjenestene som fastlegene yter til personer på sin liste på vegne av kommunene er offentlige allmennlegetjenester på lik linje med øvrige allmennlegetjenester som ytes i kommunene.

Det er i dag departementets inntrykk at det tidvis er en oppfatning av fastlegeordningen som en ordning av privat art, frikoblet fra kommunal styring. Det er derfor viktig å understreke at det er kommunen, og ikke den enkelte fastlege, som har det overordnede ansvaret for at innbyggere i kommunen tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale forutsetninger. Departementet vil foreslå å tydeliggjøre i revidert fastlegeforskrift at det er kommunen som er pliktsubjekt for aktuelle krav knyttet til fastlegeordningen, og følgelig har det overordnede ansvaret for at innbyggerne tilbys gode og forsvarlige allmennlegetjenester. Dette for å forhindre en uønsket utydelighet om hvem som har det overordnede ansvaret for allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen. Kommunen må ved arbeids- eller driftsavtale med den enkelte fastlege legge til rette for at de nasjonale kravene kan etterleves, og ha en slik sikring som del av sitt internkontrollsystem. Det innebærer også et krav til kommunene om å ha tilstrekkelig faglig kompetanse for å kunne utøve en forsvarlig styring av den kommunale allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen.

Departementet vil understreke at den enkelte fastlege har et selvstendig ansvar overfor sine pasienter for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4. Kommunens overordnede ansvar for å tilby forsvarlige fastlegetjenester rokker ikke ved fastlegenes ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse. Departementet vil i denne forbindelse også nevne helsepersonelloven § 6, hvor det fremgår at fastlegene har et ansvar for å innrette sin virksomhet slik at andre, herunder kommunen, ikke påføres unødig tidstap eller utgifter. Fastlegene må med andre ord innrette sin virksomhet slik at kommunen ikke påføres unødvendige utgifter.

Departementet er av den oppfatning at en tydeliggjøring av kommunens overordnende ansvar i fastlegeforskriften for fastlegeordningen vil redusere risikoen for at nasjonale fastsatte krav ikke vektlegges tilstrekkelig av avtalepartene. Det kan også stimulere kommunen til å se fastlegefunksjonen i sammenheng med sitt øvrige tjenestetilbud og til en mer aktiv styring av allmennlegetjenesten enn i dagens situasjon. Et eksempel hvor dette er viktig er i forbindelse med beredskapsarbeid og krisehåndtering, og som grunnlag for samarbeid mellom leger og andre deltjenester så som omsorgstjenesten. En presisering av ansvaret kan også bidra til en tydeliggjøring av fastlegene som en naturlig del av det helhetlige kommunale helse- og omsorgstilbudet. Dette gjelder uavhengig av om fastlegen er selvstendig næringsdrivende eller fast ansatt i kommunen.

Departementet vil understreke at manglende muligheter for kommunene til å styre fastlegene, kan være er et hinder for god samhandling og samordning både innad i kommunenes helhetlige helse- og omsorgstilbud og mellom kommuner og helseforetak. Departementet anser det derfor som viktig å understreke at alle deler av fastlegeordningen er et kommunalt ansvar. De nasjonale krav om fastlegenes virksomhet som forelås regulert i forskrift, har kommunen et overordnet ansvar for å tilrettelegge for fastlegen, samt sørge for at blir etterlevd. Kommunene må også sørge for at deres fastlegeavtaler

med enkeltleger eller legekontorer sikrer etterlevelse av slike nasjonale krav, og påse at nasjonale krav faktisk blir fulgt.

16.6.2 Kvalitetssystemer – faglig støtte og tilbakemeldinger på praksis

Departementet har gitt Helsedirektoratet oppdrag i samarbeid med andre relevante aktører om å vurdere ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et helhetlig nasjonalt system for kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Direktoratet har gitt oppdraget videre til Kunnskapssenteret, KS, Den norske legeforening og andre relevante fagmiljøer deltar i arbeidet. En vurdering av ordninger med faglig støtte anses å inngå i dette oppdraget, og må derfor anses som et første ledd i arbeidet med å følge opp komiteens vedtak vedrørende et samarbeid mellom berørte myndigheter, KS, Den norske legeforening og andre relevante fagmiljøer for å få etablert ordninger med faglig støtte for kommunehelsetjenesten, herunder fastlegenes arbeid. Departementet vil vurdere videre prosess på bakgrunn av tilrådingene.

Når det gjelder etablering av systemer med regelmessige tilbakemeldinger til fastlegen om egen og andres praksis på prioriterte samfunnsmedisinske områder, vil departementet ivareta dette som del av prosessen med etablering av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Det vil også være aktuelt at fastlegene får regelmessig tilbakemelding om egen og andres praksis knyttet til disse.

16.6.3 Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering

For å sikre at bestemte nasjonale kvalitets- og funksjonskrav blir en del av enhver fastlegepraksis, foreslår departementet å presisere i forskriftshjemmelen til fastlegeordningen i ny kommunal helse- og omsorgslov at departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilke kvalitets- og funksjonskrav kommunene kan stille til fastlegevirksomhetene. Begrepet fastlegevirksomheten omfatter både den enkelte fastlege og hele virksomheten som tjenestetilbudet omkring en fastlege er avhengig av. Eventuelle krav til fastlegevirksomhetene vil på et overordnet nivå være krav til kommunen som er ansvarlig for fastlegeordningen, se punkt 16.6.1. Dette er i tråd med de føringer som ligger i samhandlingsmeldingen og fra flertallet i innstillingen. Nærmere omtale av kvalitets- og funksjonskrav følger nedenfor under punkt 16.6.4.4.

16.6.4 Forslag til endringer i fastlegeforskriften

16.6.4.1 Innledning

Under forutsetning av Stortingets vedtakelse av ny kommunal helse- og omsorgslov, vil departementet senere sende på høring forslag til endringer i fastlegeforskriften.

Beskrivelsen av gjeldende rett viser at det er svært vanskelig å ha en samlet oversikt over de ulike reguleringer som gjelder for fastlegeordningen. Det er departementets oppfatning at det er få som har en samlet oversikt over de ordninger og virkemidler som gjelder. En forskrift er mer tilgjengelig enn ulike avtaler, både for den enkelte fastlege, kommunene og for pasientene. Tilgjengelighet gir også bedre forutberegnelighet og rettsikkerhet for

brukerne av fastlegeordningen. Dette taler for å samle sentrale rettigheter og plikter i fastlegeforskriften. Det faktum at det er mange avtaler og flere avtaleparter med ulike interesser skaper lite rom for koordinert endring fra myndighetenes side. På denne bakgrunn mener departementet at det er hensiktsmessig å regulere de mest sentrale rettigheter og plikter på forskriftsnivå, og ikke i avtaleverket.

Nedenfor omtales kort de mest sentrale endringene man ser for seg på nåværende tidspunkt. Departementet vil understreke at omtalen kun viser retningen i endringer som kan være aktuelle, og at forslagene vil bli nærmere omtalt når revidert fastlegeforskrift sendes på høring.

16.6.4.2 Tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar

I den varslede revisjonen av fastlegeforskriften tar departementet sikte på å tydeliggjøre kommunenes overordnede ansvar, se punkt 16.6.1. I dagens forskrift er fastlegen gjennomgående pliktsubjekt, uten at det fremkommer på en tilstrekkelig god måte at kommunen har det overordnede ansvaret for at tjenesten er forsvarlig. I forslag til revidert fastlegeforskrift vil departementet klargjøre at det er kommunen som har det overordnede ansvaret for allmennlegetilbudet til befolkningen i kommunen og at fastlegen oppfyller ansvaret på vegne av kommunene. Dette for at det ikke skal være tvil om hvor ansvaret ligger for allmennlegetilbudet i kommunen.

16.6.4.3 Fastlegenes listeansvar

Departementet tar også sikte på å foreslå endringer i fastlegeforskriften som vil sikre kommunal styring av fastlegene i tråd med nasjonale helsepolitiske krav og prioriteringer. Det er blant annet aktuelt å foreslå en presisering og tydeliggjøring av listeansvaret.

Dagens fastlegeforskrift § 7 gir lite informasjon om innholdet i listeansvaret. Det heter at fastlegen *"skal ha ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste"*. I merknaden til bestemmelsen er innholdet i dette ansvaret utdypet noe, se punkt 16.3.2 ovenfor. Det fremkommer blant annet at fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for de pasienter som står på listen, det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid, samt at fastlegen har ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling.

Når det gjelder behovet for en presisering av listeansvaret, vil departementet påpeke at det er et selvstendig moment at en presisering av innholdet vil medføre at kommunene vil få bedre muligheter til å styre fastlegene. Dette må ses i sammenheng med nye kvalitets- og funksjonskrav som vil kunne stilles til fastlegene. Ved å få en rapporteringsplikt, vil kommunene lettere kunne se hva fastlegene faktisk gjør og følgelig ha muligheten til å komme med krav om korrigering av fastlegenes arbeid i henhold til listeansvaret. Dette er i tråd med de forutsetninger om kommunal styring av fastlegene som ligger til grunn i samhandlingsmeldingen og fra flertallet i komiteens innstilling.

Det er likevel viktig å understreke at kommunene i dag ikke har, og heller ikke i fremtiden skal ha, mulighet til å styre de medisinsk faglige vurderinger fastlegene gjør. I dag følger dette av helsepersonelloven § 4:

> ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

Det følger av forarbeidene at helsepersonell ikke kan instrueres av arbeidsgiver eller andre til å utføre handlinger som de anser for å være i strid med kravet til forsvarlighet eller andre lovbestemte plikter. En presisering og tydeliggjøring av listeansvaret vil derfor ikke gi kommunene mulighet til å gripe inn i de medisinske faglige vurderingene fastlegene foretar i deres daglige praksis.

Videre er det uheldig at innholdet av listeansvaret i dag i all hovedsak kun er beskrevet i merknad til fastlegeforskriften § 7. Departementet mener en slik plassering er problematisk fordi merknader til forskrift har en uavklart rolle som rettskilde, og at disse under enhver omstendighet ikke kan ha gå ut over det som følger av en tolkning av forskriftsteksten. Listeansvaret er så sentralt i fastlegeordningen at det etter departementets oppfatning bør være lett tilgjengelig i forskriften.

Det er flere grunner til at departementet ikke anser det som en god løsning å presisere listeansvaret og øvrige allmennmedisinske offentlige legeoppgaver i de sentrale rammeavtalene gjennom forhandlinger med Legeforeningen.

For det første bør det være offentlige myndigheters oppgave å definere hva som er fastlegenes oppgaver og plikter, ut fra nasjonale helsepolitiske prioriteringer. Det vil ikke alltid være sammenfall mellom de interesser nasjonale myndigheter har og de interesser fastlegene har.

For det andre er det svært vanskelig å ha en samlet oversikt over de ulike reguleringer som gjelder for fastlegeordningen, noe beskrivelsen av gjeldende rett viser. En forskrift er mer tilgjengelig enn en avtale, både for den enkelte fastlege, for kommunene og for pasientene. Departementet anser det derfor som nevnt viktig å samle de mest sentrale rettigheter og plikter i fastlegeordningen på forskriftsnivå. Det tilsier at en presisering og tydeliggjøring av listeansvaret bør foretas på forskriftsnivå.

Når det gjelder innholdet i listeansvaret, tar departementet sikte på å presisere i revidert fastlegeforskrift at listeansvaret til fastlegene dekker alle allmennlegeoppgaver for pasienter på listen dersom ikke annet er spesifisert i regelverket, herunder individrettet forebyggende arbeid. En viktig del av samhandlingsmeldingen er tidlig identifisering og oppfølging av personer som har risiko for utvikling av kroniske lidelser. Fastlegene vil ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasientene. For eksempel gjelder dette oppfølging overfor pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer, overvekt og type-2 diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolesterol. Bruk av tobakk og inaktivitet er også sentrale risikofaktorer. Dette forutsetter at det tilbys tilpassede lavterskeltilbud i nærmiljøet på områder som tobakk, ernæring og fysisk aktivitet. Evaluering av utprøving av lavterskeltilbud i en del kommuner i fem fylker viser at legene har en nøkkelrolle fordi de når mange som vil ha nytte av et lavterskeltilbud. For nærmere omtale av koordineringsansvaret til fastlegene, se omtale i kapittel 23.1.3.

Videre vil listeansvaret innebære forebygging, undersøkelse og behandling både når det gjelder problemstillinger innenfor fagområdene somatikk, psykisk helse og rus. I listeansvaret inngår også ansvar for koordinering av helse- og omsorgstjenester til pasienter på listen. For pasienter med kroniske og sammensatte lidelser vil denne koordineringsfunksjonen strekke seg ut over koordinering av legetjenester på tvers av nivåene. Fastlegene skal ikke kun yte tjenester til pasienter som selv oppsøker legen på kontoret, men også gjennomføre hjemmebesøk til pasienter som trenger dette. En proaktiv oppfølging av pasienter på egen liste i tråd med faglige normer og nasjonale faglige retningslinjer inngår. En slik proaktiv oppfølging kan innebære innkalling av pasienter som ikke selv oppsøker legen.

En slik presisering innebærer i stor grad en videreføring av dagens ansvar. Når det gjelder proaktiv oppfølging vurderer departementet å presisere og utdype ansvaret for dette i ny revidert fastlegeforskrift. Fastlegenes ansvar har i hovedsak vært forstått som å ivareta tjenester til personer som tar kontakt/oppsøker legen på legekontoret med ønske om undersøkelse/råd mv., evt. gjennomføre hjemmebesøk når pasienten ber om dette, evt. pårørende/andre ber om dette på vegne av pasienten.

Begrunnelsen for at det eventuelt kan vurderes å presisere i forskrift at listeansvaret inkluderer en mer proaktiv oppfølging, f.eks. i form av innkalling av pasienter, er at enkelte pasienter ikke selv oppsøker lege, eventuelt ikke oppsøker lege så ofte som det er faglig ønskelig, gitt målet om å styrke det forebyggende arbeidet. Proaktiv oppfølging kan være aktuelt som del av primærforebyggende arbeid i forhold til personer der det er dokumentert risikofaktorer som tilsier at ny medisinsk oppfølging og vurdering er nødvendig eller anbefalelsesverdig, samt som sekundærforebygging ved etablert kronisk sykdom. All slik proaktiv oppfølging bør være basert på nasjonale faglige retningslinjer utformet med utgangspunkt i kunnskap om tiltakets effekt og kostnadseffektivitet. Ved innkalling vil pasientene ha frihet til å velge om de ønsker å benytte seg av tilbudet. En eventuell presisering og utvidelse av listeansvaret må ses i sammenheng med endringer i finansieringsmodell og en eventuell omlegging av modellen, se omtale under 16.6.5.

Departementet vil understreke at den nærmere beskrivelsen av listeansvaret vil departementet komme tilbake til senere i et eventuelt eget høringsnotat med forslag til endringer i fastlegeforskriften.

Det vil likevel være slik at kommunene kan velge å organisere oppgaver som inngår i listeansvaret, for eksempel helseundersøkelser av barn, utenfor fastlegenes oppgaver. Presiseringen av listeansvaret skal ikke rokke ved kommunens frihet til å velge å organisere allmennlegeoppgaver utenfor fastlegeordningen eller eventuelt utforme egne krav. Den enkelte kommune må avklare konkret hva som skal inngå i fastlegenes ansvar i de individuelle avtalene som inngås med fastlegene.

Departementet legger opp til å videreføre bestemmelsen om at legetjenester i sykehjem ikke inngår i fastlegenes listeansvar.

16.6.4.4 Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering

Dagens forskrift inneholder hovedsakelig organisatoriske bestemmelser knyttet til fastlegeordningen, og inneholder få bestemmelser som bidrar til økt kvalitet i det tjenestetilbudet befolkningen mottar. Fastlegeordningen er som nevnt et offentlig organisert, og i betydelig grad offentlig finansiert tjenestetilbud. Departementet mener at for å oppnå målsetningen om et likeverdig offentlig helsetjenestetilbud til befolkningen uavhengig av bostedskommune, er det legitimt og hensiktsmessig å stille nasjonale krav til det kvalitetsmessige og funksjonelle innholdet i fastlegetilbudet.

Departementet vil på denne bakgrunn vurdere om det i et eget høringsnotat med forslag til endringer i fastlegeforskriften eventuelt bør foreslås nye funksjons- og kvalitetskrav til tjenesten. Eksempler på slike funksjons- og kvalitetskrav kan være:

Tittel:	Funksjonskrav:
Forebygging som integrert del av tjenesteytingen	Fastlegevirksomheten skal bidra til å forebygge sykdom og hindre forverring av sykdom hos innbyggere på listen og hos øvrige personer som mottar tjenester fra virksomheten
Tilbudet til personer med kroniske sykdommer	Fastlegevirksomheten skal medvirke til at personer med kroniske sykdommer mottar et tilbud fra helsetjenesten slik at mulighet for bedring, unngåelse av forverring og evne til sykdomsmestring ivaretas på en helhetlig måte, og slik at helsetjenestens samlede tjenestetilbud blir kostnadseffektivt for samfunnet
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten - henvisningspraksis	Fastlegevirksomheten skal medvirke til at oppgavefordelingen mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten blir i samsvar med forutsetninger i lov, forskrift og eventuelle avtaler som er inngått mellom kommune og regionalt helseforetak, og skal understøtte spesialisthelsetjenestens evne til å gi pasientbehandling av god kvalitet
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten – samarbeid om kontroll, behandling og annen oppfølging	Fastlegevirksomheten skal medvirke til et kontinuerlig og helhetlig tjenestetilbud til personer som trenger kontroll, behandling eller annen oppfølging etter eller mellom kontakter med spesialisthelsetjenesten
Fysisk tilgjengelighet, inkludert plikt til hjemmebesøk	Fastlegevirksomheten skal sikre at alle innbyggere på listen gis anledning til å motta helsehjelp basert på direkte kontakt med lege når den enkeltes medisinske behov tilsier dette

Departementet vil understreke at dette kun er eksempler, og at aktuelle krav vil bli redegjort for i egen høring om endringer i fastlegeforskriften. Det er imidlertid viktig for departementet å fremheve at nye funksjons- og kvalitetskrav vil være et sentralt tiltak for å oppnå bedre kommunal styring av fastlegeordningen, i tråd med de føringer som er lagt til grunn i samhandlingsmeldingen og av flertallet i innstillingen. Det finnes i dag ikke gode nasjonale data som kommunene kan bruke som styringsdata. Ved å etablere et tydelig nasjonalt rammeverk der krav og forventninger til tjenestene presiseres og tydeliggjøres, samtidig som man får styringsdata som følge av nye rapporteringskrav, vil kommunene settes bedre i stand til å styre fastlegeordningen på en effektiv og god måte.

16.6.4.5 Allmennmedisinske offentlige legeoppgaver

Det følger av punkt 12.1 i rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen at kommunen kan pålegge fastlegen allmennmedisinsk offentlig legearbeid begrenset til 7,5 timer pr. uke ved fulltids virksomhet. Dette er ofte omtalt som påleggshjemmelen.

Ved at prioriterte oppgaver i sterkere grad forventes ivaretatt innefor listeansvaret i fremtiden, ser ikke departementet på nåværende tidspunkt behov for å øke påleggshjemmelen på 7,5 timer. En eventuell endring i timeantallet vil ses i sammenheng med arbeidet med legevaktsordningen, se nærmere omtale i punkt 16.6.6. Departementet vil likevel vurdere å foreslå at timeantallet reguleres i fastlegeforskriften og ikke i avtaleverket. Det er etter departementets oppfatning viktig å samle de mest sentrale rettigheter og plikter i fastlegeordningen på forskriftsnivå.

På samme måte som for listeansvaret er begrepet ”andre allmennmedisinske offentlige oppgaver” upresist, og skillet mellom listeansvaret og allmennmedisinske offentlige oppgaver er ikke klart. I merknaden til fastlegeforskriften § 12 bokstav b heter det at med allmennmedisinske offentlige legeoppgaver menes offentlige legeoppgaver som blant annet lege ved helsestasjon, lege i skolehelsetjenesten, lege ved sykehjem samt lege ved fengselsanstalter.

Departementet vurderer i en senere høring å foreslå at begrepet ”andre allmennmedisinske offentlige oppgaver” erstattes med ”andre allmennlegeoppgaver i kommunen”. Hovedformålet med denne endringen er å presisere at *alle* allmennmedisinske tjenester som ytes på vegne av kommunen er kommunale oppgaver, herunder de oppgavene fastlegene utfører som følge av sitt listeansvar.

Samtidig vil departementet vurdere å foreslå at *innholdet* i begrepet endres, ved at dette forstås å dekke alle typer allmennlegeoppgaver, ikke kun de oppgaver som det er vist til i merknaden til forskriften som ”allmennmedisinske offentlige oppgaver”. Kommunene skal kunne bruke legene i 7,5 timer til allmennlegeoppgaver av enhver art, for eksempel fengselshelsetjeneste. Det er opp til kommunene å vurdere hvilke oppgaver det er hensiktsmessig at fastlegene i denne perioden skal utføre. Departementet legger til grunn at allmennlegene ikke kan pålegges oppgaver de ikke har kompetanse til å utføre. Rådgivning knyttet til planlegging, administrasjon og styring av allmennlegetjenesten i kommunene vil kunne oppfattes som en samfunnsmedisinsk oppgave. I dag ivaretas

imidlertid mange samfunnsmedisinske oppgaver (både i primær- og spesialist-helsetjenesten) av leger uten spesialitet i samfunnsmedisin. God kjennskap til allmenn-medisinen må anses som viktig for planlegging og styring av denne tjenesten. Det kan derfor være aktuelt for kommunene å bruke fastleger som rådgivere. Dette bør baseres på frivillighet fordi det går ut over pasientrettet allmennlegearbeid, men likevel kunne gå til fratrekk i de 7,5 t som kan pålegges.

16.6.5 Forslag om endringer i finansieringsmodell

I samhandlingsmeldingen tas det til orde for en helhetlig gjennomgang av finansierings-ordningene for allmennlegetjenesten i kommunene. Begrunnelsen for å vurdere endringer i finansieringen er både at det er ulik finansiering for allmenntjenester innenfor fastlege-ordningen og andre allmennlegeoppgaver (som fullfinansieres av kommunene), samt at dagens finansieringsordning for fastlegeordningen har svakheter. Fordi forebyggende oppgaver fullfinansieres av kommunene, samt at det i begrenset grad finnes takster for slikt arbeid, prioriteres trolig arbeidet for lavt i kommunene. Høy stykkprisandel (75 %) gir uheldige insentiver med hensyn til enkelte målsettinger. I tillegg er kommunens andel av finansieringen av fastlegeordningen lav sett i forhold til ansvaret for tjenesten.

Finansieringen av fastlegevirksomhet må understøtte målene for ordningen. Høyere andel per capita vil øke kommunenes finansieringsansvar og redusere stykkprisinsentivet. På denne bakgrunn ønsker departementet å utrede nærmere en modell med 50 % per capita og 50 % stykkpris, som en illustrasjon på en omlegging i denne retningen. Det vises i denne sammenheng til høringsnotat om Nasjonal helse- og omsorgsplan, der det redegjøres for fordeler og ulemper ved dagens modell og en 50/50-modell, gitt de mål som er trukket opp for allmennlegetjenesten. Eventuelle endringer i finansieringsmodell vil avgjøres etter at høringen er avsluttet. Etter en slik beslutning vil departementet gjennomgå takstsystemet.

Departementet vil i forbindelse med en eventuell endring av finansieringsordningen også vurdere hvorvidt man skal gi kommunene muligheter til å belønne fastleger avhengig av resultater. I dag har kommunen i realiteten kun ett virkemiddel overfor en fastlege som ikke overholder sine plikter etter avtalen, og det er oppsigelse av fastlegeavtalen. Det er et drastisk virkemiddel både for den enkelte lege og pasientene som er på listen som da vil miste sin fastlege. Departementet vil derfor også vurdere å gi kommunene mulighet til å gi sanksjoner som følge av mislighold av avtalen. En mulighet kan være å gi kommunene økonomiske virkemidler for å bedre kunne styre fastlegene, herunder økt frihet når det gjelder per-capita tilskuddet.

16.6.6 Legevakt

Det har over lengre tid vært bred enighet om behovet for å styrke legevaktstjenesten. Dette er også påpekt av en samlet komité i Innst. 212 S om samhandlingsreformen. Departementet mottok i 2009 en rapport med anbefalinger om hvordan legevaktstjenesten kan styrkes fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin. Denne har i 2010 vært til vurdering i Helsedirektoratet, som skal gi anbefaling om hvordan rapporten bør følges opp. Departementet mener at en endelig vurdering av den fremtidige organiseringen av

legevaktstjenesten bør skje etter at det er avklart blant annet hvilke (og omfanget av) oppgaver og aktivitet som skal overføres til kommunene. Dette fordi behovet for allmennlegetjenester på døgnbasis, herunder øyeblikkelig hjelp, kan påvirkes av dette. I dag ivaretas for eksempel behovet for legetjenester på sykestuer i hovedsak av legevaktsleger. I tillegg kommer at det er behov for mer omfattende vurderinger av konsekvenser av endringer i reguleringen av legevaktsorganiseringen. De forslag som foreligger vil kunne ha betydelige økonomisk- og administrative konsekvenser. I tillegg kommer at store forskjeller mellom kommuner vil gjøre lokale tilpasninger nødvendig. Departementet vil derfor komme tilbake til spørsmålet om legevakt, herunder eventuelle endringer i forskriftsreguleringen, gjennom eget høringsnotat.

16.6.7 Fastlegenes innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner

På side 20 i Innst. 212 S (2009-2010) fra helse- og omsorgskomiteen uttaler komiteens flertall, bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, at "det må vurderes å gi fastleger større innflytelse på inntaksprosedyrene til sykehjem".

Helsehjelp skal av hensyn til pasienten og riktig bruk av offentlige ressurser i størst mulig grad ytes på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Pasienten skal sikres rett behandling på rett sted og til rett tid. Det innebærer blant annet at helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens spesielle kompetanse ideelt sett bør gis av den kommunale helsetjenesten. Erfaringer tyder på at mange pasienter som behandles og gis omsorg i spesialisthelsetjenesten kunne ha vært behandlet i kommunene med en annen arbeidsdeling.

Forutsetninger om økonomiske insentiver, utbygging av tjenesteapparatet og samarbeid mellom kommunene og helseforetakene vil falle på plass over tid. Det er derfor etter departementets oppfatning for tidlig å vurdere forslag til en regulering som bidrar til å kanalisere en større del av henvisninger fra fastleger til kommunene. Dessuten er det naturlig at kommunene i en oppbyggingsfase sørger for informasjon om tilgjengelige tjenester og tilbud i kommunen, og på andre måter selv tar initiativ til en omlegging av henvisningsrutiner når tiden er moden for det. Et samarbeid med de henvisende instansene vil trolig være nødvendig for å fastlegge mulige inntakskriterier til nye intermediære kommunale enheter etter hvert som de etableres.

16.6.8 Legefordeling til kommunehelsetjenesten

Som beskrevet foran kan departementet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1a, fastsette årlige rammer for antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten og antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet. Denne ordningen ble innført fra 1. januar 1999. Formålet med ordningen var å sikre en bedre nasjonal fordeling av leger.

Departementets beslutning om fordelingsrammen er basert på råd fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Siden innføringen av fastlegeordningen har det ikke vært fastsatt rammer for nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelse-tjenesten. Dette fordi det har vært ønsket vekst i allmennlegetjenesten. Erfaringene de

siste 10 årene viser at det ikke skjer noen ukontrollert eller uønsket vekst i legestillinger i primærhelsetjenesten. Snarere ønskes nå en sterkere vekst i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Videre har, så vidt departementet er kjent med, alle søknader fra kommuner til Nasjonalt råd om nye hjemler fra kommunene blitt innvilget. Dette er argumenter for ikke å videreføre § 1-1. Det bør da samtidig vurderes om kommunene fortsatt bør søke direktoratet om å få opprette stillinger/hjemler, ettersom alle søknader i dag innvilges.

Ved å avvikle denne ordningen, kan det bli enklere for kommuner å øke legekapasiteten. En god legefordeling i landet er imidlertid viktig, og det vil derfor fortsatt være behov for å overvåke også allmennlegemarkedet. Dette kan ivaretas ved rapportering til direktoratet ved etablering av stillinger. Fordi en god legefordeling i landet har høy prioritet, vurderer departementet det som hensiktsmessig å videreføre hjemmelen for å regulere antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten og antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet. Da vil en sterkere styring ved fastsetting av rammer for legefordeling igjen kunne innføres raskt, dersom det skulle vise seg at utviklingen går i en uønsket retning.

16.7 Administrative og økonomiske konsekvenser

Det å tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen, innebærer ikke økonomiske eller administrative konsekvenser.

Eventuelle endringer i fastlegeforskriften vil i stor grad være en presisering av dagens krav, og følgelig ivaretas innenfor dagens rammer ved omprioritering/effektivisering. Likevel vil enkelte endringer i noen grad kunne innebære nye krav til fastlegene. Sentralt står også videreutvikling av samarbeidsrutiner med øvrige deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som flere av personene i målgruppen allerede vil være i kontakt med. Konsekvensvurderinger er vanskelig fordi disse i stor grad er avhengig av de øvrige endringene som vurderes i forbindelse med samhandlingsreformen, herunder eventuelle endringer i finansieringsmodellen for fastlegevirksomhet. Det må også tas høyde for at stat og kommune kan få noe administrative kostnader knyttet til å etablere funksjons- og kvalitetskrav.

En styrket kommunal styring av fastlegene vil også kreve noe administrative og økonomiske ressurser i kommunene. Omfanget av dette vil være avhengig av i hvilken grad kommunene prioriterer denne oppgaven, samt hvordan dette organiseres, for eksempel omfanget av interkommunalt samarbeid.

Behovet for nye ressurser innenfor fastlegeordningen må ses i sammenheng med en eventuell omlegging av finansieringsordningen, samt øvrige tiltak som foreslås i samhandlingsreformen, herunder overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten og etablering av tilbud i kommunene som både kan kreve fastlegeressurser og avlaste fastlegene.

17 Undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning

17.1 Innledning

Utdanning og kompetanseutvikling blir svært viktig for å nå samhandlingsreformens målsettinger. Ved utdanning av helsepersonell har både utdanningsinstitusjonene og helse- og omsorgstjenesten viktige roller. Praksisdelen av undervisningen foregår i helse- og omsorgstjenesten, og praksis foregår både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det er essensielt at begge tjenestesteder har og tar ansvar for å gi god og hensiktsmessig opplæring til studenter og lærlinger som skal ha sitt arbeid i helse- og omsorgstjenesten.

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Dagens lovregulering foreslås videreført. Samtidig er det behov for å tydeliggjøre området. Dette vil gjøres blant annet ved at utdanning skal inngå som samarbeidsområde i nye samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

17.2 Gjeldende rett

Etter kommunehelsetjenesteloven § 6-1 plikter enhver kommune å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Kommunen skal videre ifølge § 6-2 sørge for at ansatt helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning og medvirke til at helsepersonell i privat virksomhet innen dens helsetjeneste får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunenes medvirkning.

Etter sosialtjenesteloven § 2-3 har kommunen ansvaret for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell. Personalet er forpliktet til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like. Bestemmelsen regulerer, i likhet med kommunehelsetjenesteloven § 6-2, videre- og etterutdanning. Kongen kan gi forskrifter om opplæringen.

I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven (Ot. prp. nr. 36 (1980-81), punkt 10.6) legges det vekt på at utdanningen av personell som stadig får større og mer krevende oppgaver i helse- og omsorgstjenesten i kommunen er en viktig oppgave, både kvalitativt og kvantitativt. Dersom dette personellet skal makte oppgavene, må viktige deler av opplæringen finne sted i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I merknader til de enkelte paragrafer i utkast til loven går det fram at § 6-1 pålegger alle kommuner plikt til å medvirke til undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning av helsepersonell. Plikten gjelder innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og den gjelder helsepersonell på alle trinn. Ved å pålegge kommunene en generell plikt til å delta i utdanning av helsepersonell ville en bøte på problemet med mangel på helsepersonell med relevant kompetanse, og utilstrekkelige utdanningsmuligheter.

Av spesialisthelsetjenesteloven framgår at utdanning av helsepersonell er en av sykehusenes hovedoppgaver, jf. loven § 3-8. I henhold til helseforetakslovens § 1 er

helseforetakenes formål blant annet å legge til rette for undervisning. De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring dekkes innen helseregionen. Departementet kan gi forskrifter, jf. loven § 3-5.

17.3 Forslag i St.meld. nr. 47 (2002-2009) Samhandlingsreformen – Stortingets behandling av meldingen

I Samhandlingsreformen vises det til noen sentrale utfordringer og en rekke aktuelle tiltak på utdanningsområdet. Samhandlingsreformen presiserer betydningen av kommunenes ansvar for helse- og omsorgstilbudet til befolkningen. Veksten i spesialisthelsetjenesten skal dempes både gjennom en styrking og utvikling av det tjenestetilbudet som finnes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og gjennom oppbygging og overføring av nye oppgaver til kommunene. Denne kursendringen krever at kompetanse og kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og prioriterte områder må styrkes og målrettes.

Det vises videre til at helse- og omsorgstjenesten har viktige roller inn mot det formelle utdanningssystemet, både som praksisarena og som framtidig arbeidsgiver eller avtalepart. Helse- og omsorgstjenesten må sikres tiltrekkelig antall kompetent helse- og sosialpersonell i alle deler av tjenestene. Virkemidlene for dette finnes innenfor utdannings-, rekrutterings-, disponerings-, forvaltnings-, og stabiliseringstiltak.

Stortinget har i Innstilling 212 S (2009-2010) presisert at dersom de politiske mål for samhandlingsreformen skal nås, må kompetanse kanaliseres til kommunehelsetjenesten og de prioriterte fagområdene. Det må legges større vekt på å utdanne helse- og sosialpersonell som er tilpasset de framtidige kommunale oppgaver, og de myndighetsmessige rammebetingelsene må understøtte at det utdannede helse- og sosialpersonellet i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot spesialisthelsetjenesten. Det kommunale ansvarsområdet må på lik linje med spesialisthelsetjenesten gis en avtalemessig mulighet til å ivareta sine behov og interesser overfor utdanningsinstitusjonene.

I *NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt* fremheves at den kommunale helse- og omsorgstjenesten er selve fundamentet i helse- og omsorgstjenesten, mens det observeres en stor tyngdekraft mot spesialisthelsetjenesten både når det gjelder tildeling av ressurser og omtale. En av forutsetningene for god samhandling er likeverdighet mellom aktørene. Dette må også gjenspeiles i kompetanse, og tiltak som ambulant virksomhet, gjensidige hospiteringsordninger og praksiskonsulentordninger for flere yrkesgrupper fremheves.

17.4 Departementets vurderinger og forslag

Kommunene har allerede ansvar for å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Det er imidlertid ønskelig å tydeliggjøre kommunenes ansvar for utdanningsoppgaver.

Helsepersonell utdannes ved universitet, høgskoler og videregående skoler. Hovedansvaret for utdanning av helsepersonell ligger i utdanningssektoren. Helse- og omsorgstjenestens ansvar og medvirkning er knyttet til praksisdelen av utdanningen for aktuelle helsefagutdanninger. Praksisutdanningen foregår både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Dette speiles i at dagens lovgivning gir både kommunene og helseforetakene et ansvar for praksisundervisning av helsepersonell i utdanning. Det er vesentlig at begge de to tjenestenivåene fortsatt har et tydelig ansvar for utdanning av helsepersonell.

I henhold til samhandlingsreformen skal veksten i spesialisthelsetjenesten dempes både gjennom en styrking og utvikling av det tjenestetilbudet som finnes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og gjennom overføring av aktivitet til kommunene. Rekruttering av helse- og sosialpersonell med riktig kompetanse til kommunene er nødvendig for at målene i samhandlingsreformen skal nås. For at større andel av helse- og sosialpersonell fra høgskole og universiteter skal velge sin arbeidsplass i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kreves at de i sin utdanning får god opplæring om og i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Tiden de tilbringer i praksisutdanning eller læretid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må oppleves faglig tilfredsstillende og meningsfull, da studenters eller lærlingers valg av arbeidssted bl.a. påvirkes av hvordan de opplever praksisundervisningen eller læretida. Kommunene tilrettelegger, følger opp og prioriterer undervisning og opplæring ulikt. En utfordring er at mange kommuner ofte ikke har kapasitet og kompetanse til å følge opp lærlinger, studenter og turnuskandidater. Som det presiseres i Innst. S. nr. 212 (2009-2010) må kompetanse kanaliseres til den kommunale helse- og omsorgstjenesten for at samhandlingsreformen skal lykkes. Økt kompetanse krever økt antall og andel utdannet personell. Blant allerede iverksatte tiltak vises i denne sammenheng til Kompetanseløftet 2015 hvor satsinger på undervisningssykehjem og undervisningshjemmetjenester inngår. Disse har bl.a. som målsetting å forbedre rekrutteringen av fagpersonell, etablere et akademisk miljø, samt utvikle gode praksismiljøer for helsefaglige studenter, elever og lærlinger. Kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015 inngår i Omsorgsplan 2015, som følger opp strategiene som ble lagt i St.meld. nr. 25 (2005-2006) om framtidas omsorgstjenester, og har som hovedmål å bidra til å sikre omsorgstjenesten tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning.

Departementet har vurdert om det bør være likelydende ordlyd i krav til helse- og omsorgstjenesten i kommunene som til de regionale helseforetakene. Av flere grunner er dette ikke funnet hensiktsmessig nå, bl.a. grunnet ulike ansvarsforhold, nedslagsfelt og mulighet for fleksibilitet. Departementet vil videreføre nåværende lovregulering av kommunens ansvar for utdanning hvor en hver kommune plikter å medvirke til undervisning og opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Samtidig er det nødvendig med noen supplerende tiltak for å sikre at man kan realisere helsepolitiske mål og at utdanningene gir kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestene.

Departementet vil videreføre og benytte muligheten for å utarbeide forskrift. En felles forskrift om undervisning og praktisk opplæring i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten kan tydeliggjøre og presisere samlet ansvar for foretakenes og kommunenes medvirkning til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell.

Videre foreslås det at samarbeid om utdanning skal være et av områdene som skal inngå i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene. Dette legger til rette for å se utdanningsbehovet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten i sammenheng og kan legges til grunn for en felles planlegging.

Det er også behov for å se på virkemiddelapparatet knyttet til kommunenes ivaretakelse av sine oppgaver som praksissted og i læretiden innenfor helse- og sosialutdanningene. I forbindelse med Kunnskapsdepartementets arbeid med ny stortingsmelding om velferdsstatsutdanningene vil den samlede virkemiddelbruken på praksisområdet bli vurdert, herunder mulig lovregulering av om kommunene skal pålegges å sørge for tilstrekkelig kapasitet og kvalitet på undervisningen.

Departementet foreslår ingen utvidelse av virkeområdet for bestemmelsene om utdanning og opplæring. Kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring foreslås derfor videreført for helsepersonell. Kommunens plikter knyttet til videre- og etterutdanning videreføres slik at de gjelder både for helsepersonell og annet personell som omfattes av loven, herunder det personellet som i dag er ansatt i sosialtjenesten.

17.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslag om videreføring av dagens lovregulering på utdanningsområdet vil ikke få økonomiske konsekvenser. Departementet vil utarbeide en felles forskrift for ny kommunal helse- og omsorgslov og lov om spesialisthelsetjenester hvor helse- og omsorgssektorens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring presiseres.

Det legges til grunn at der hoveddelen av en pasientbehandlingsoppgave flyttes fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal også midler knyttet til forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende knyttet til denne oppgaven, følge med.

18 Forskning

18.1 Innledning

Innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren er ikke forskning lovregulert slik det er regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2. Departementet ønsker i dette forslaget at partene på frivillig basis skal vurdere om forskning skal inngå i avtalene mellom kommuner og helseforetak. Dette har sammenheng med at samhandlingsreformens målsettinger vil gi et behov for ny kunnskap og økt kompetanse i hele tjenesten. Forskning er et sentralt virkemiddel for å få dette til, både som grunnlag for kunnskapsbasert praksis, kvalitetsutvikling i tjenesten og i et forskningsbasert utdanningsløp.

18.2 Bakgrunn

18.2.1 Oppfølging av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens målsettinger om økt samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, helhetlige pasientforløp, og en styrket kommunal helse- og omsorgstjeneste gir behov for ny kunnskap og økt kompetanse i tjenesten. Et virkemiddel i dette arbeidet er et økt fokus på forskning generelt, og som grunnlag for både kunnskapsbasert praksis, kvalitetsutvikling og forskningsbaserte utdanningsløp.

Meldingen peker på behovet for å regulere forskning i avtaler mellom kommuner og helseforetak og behovet for et mer formalisert samarbeid interkommunalt, regionalt og nasjonalt mellom tjenesten og forskningsinstitusjonene

18.2.2 Forskning i, om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren

I en rapport fra Commonwealth fund om primærhelsetjenesten i elleve land for 2009[6] fremkommer det at helsepersonell i primærhelsetjenesten i Norge i vesentlig mindre grad enn land det er naturlig å sammenligne seg med, rutinemessig mottar og analyserer resultater av behandling i egen praksis. Dette understreker behovet for økt fokus på forskning og kunnskapsbasert praksis i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Det er i dag utfordringer knyttet til rekruttering av allmennleger til forskning. Mens 2 % av allmennlegene har en doktorgrad er antallet fire ganger så høyt hos leger tilknyttet spesialisthelsetjenesten, dette er imidlertid ikke et særnorsk fenomen. I legekårsundersøkelsen fra 2004 fremkommer det at mens 25 % av indremedisinerne og kirurgene mener at egen forskning, faglig utvikling og vedlikehold har stor betydning, er tilsvarende tall for allmennmedisinerne 6 %. Universitetet i Oslo arbeider systematisk med å møte denne utfordringen for allmennmedisinen. Blant annet har universitetet ansatt ca 120 allmennleger i bistillinger som universitetslektor. De er primært ansatt for å styrke veiledningen av medisinerstudenter, men utgjør samtidig et potensial for å utvide samarbeidet med for eksempel forskningsaktiviteter. Andre helsepersonellgrupper tilknyttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten har liknende utfordringer med kunnskapsvedlikehold og faglig utvikling som allmennmedisinerne

Forskning om, for og i den kommunale helse- og omsorgssektoren skjer i hovedsak i forskningsinstitusjonene eller i samarbeid med disse. Dette er i hovedsak universitets- og høyskolesektoren. I de tilfeller der kommunen selv deltar i, eller initierer forskningsprosjekt for å understøtte behovet for praksisnær forskning og kunnskap er dette i hovedsak forskning som gjennomføres av helsepersonell som har kombinert sin praksisutøvelse med en vitenskapelig karriere, og som er tilknyttet universitets- og høyskolesektoren.

[6] The Commonwealth Fund 2009 International Health Policy Survey of Primary Care Doctors in Eleven countries

Det er i dag etablert enkelte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner som også omfatter forskning og fagutvikling. Eksempelvis er "Forskning og god praksis" en del av prosjektet Helsedialog som er etablert mellom kommunene i Sør- og Øst Norge og Helseforetakene i Helse Sør-Øst. For å understøtte behovet for økt forskning om samhandling, er det i 2010 også stilt krav om at de regionale helseforetakene skal ha økt fokus på samhandlingsforskning.

Finansiering av forskning om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren skjer blant annet gjennom Forskningsrådets bidrag til helseforskning. Tilskuddet til helseforskning gjennom Forskningsrådet her økt med 66 % i perioden 2006-2009[7] og kanaliseres i stor grad til universitets- og høyskolesektoren. I Forskningsrådet er det øremerkete midler som er særskilt relevant for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Dette omfatter bl.a. programmer som helse- og omsorgstjenester, psykisk helse, rus, folkehelse, utstøting fra arbeidslivet, aldersforskning, geriatri samt pasientrettet klinisk forskning innenfor allmennmedisin. Gjennom Helse og omsorgsprogrammet finansieres bl.a de regionale kompetansesentrene for omsorgsforskning.

Departementet finansierer allmennmedisinske forskningsenhetene som er tilknyttet universitetene i hhv Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Det var pr. desember 2009 i alt 25 årsverk og 59 ansatte tilknyttet de Allmennmedisinske forskningsenhetene. Av de ansatte var det 20 med doktorgrad, 35 stipendiater og 4 tilknyttet administrative støttefunksjoner. I tilegg bidrar nasjonale kompetansesentra til relevant forskning for den kommunale helsesektoren. Dette gjelder Nasjonalt senter for legevaktsmedisin (Bergen), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Tromsø) og Antibiotikasenteret for primærmedisin (Oslo). De siste ti årene har det vært publisert 26 originalartikler, ledere og kommentarartikler i fire høyt anerkjente medisinske tidsskrift[8]. Profesjonsforeningene tildeler også midler til forskning om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren[9]. I tillegg finansieres forskning gjennom frivillig sektor og legemiddelindustrien.

18.3 Departementets vurderinger og forslag

18.3.1 Forskning som grunnlag for kvalitet i tjenesten

Forskning og bruk av forskningsresultater er et viktig virkemiddel for å sikre kvalitet og kostnadseffektivitet på tjenestetilbudet. Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen

[7] Forskningsrådet, Årsrapport 2009

[8] The Lancet, BMJ, JAMA, The New England Journal og Medicine

[9] Allmennmedisinsk forskningsutvalg gir støtte til mindre "kom i gang"-stipend til allmennleger som vil forske, mens legeforeningens Allmennmedisinske forskningsfond tildeler midler til forskere og doktorgradskandidater innenfor allmennmedisin. I 2009 ble det bevilget i alt 13 mill kroner. Fondet til etter og videreutdanning av fysioterapeuter tildelte i 2009 i alt 32 mill kroner til et forskningsprosjekt om fysioterapi i primærhelsetjenesten ("FYSIOPRIM").

får en ønsket helsegevinst[10], gitt dagens kunnskap og ressursrammer[11]. Med andre ord forutsettes bruk av oppdatert kunnskap som grunnlag for kvalitet i tjenesten.

Forskningen om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren bør etter departementets syn fortsatt og i hovedsak ivaretas av de forskningsinstitusjonene som er tillagt forskning som en hovedoppgave eller i samarbeid med disse. Dette er i første rekke universitets- og høyskolesektoren, men også instituttsektoren og de regionale helseforetakene som vil være aktuelle samarbeidspartnere.[12] I tråd med dette har departementet som del av en langsiktig strategisk satsing bidratt i etableringen av flere sentre med ansvar for forskning om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren knyttet til universitets- og høyskolesektoren. Sentrene har i sitt mandat nedfelt at de skal styrke praksisnær forskning og utvikling, drive forskningsformidling overfor kommunene og utdanningssektoren samt bidra til kompetanseheving i den kommunale helse og/eller omsorgssektoren[13].

For å sikre forskningens relevans, samt bidra til implementering av ny kunnskap i tjenesten, vil det imidlertid være viktig med økt medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i den forskningen som gjennomføres i regi av forskningsinstitusjonene. Departementet ønsker derfor å arbeide for at det eksempelvis etableres mer formalisert samarbeid og arenaer for diskusjon om forskning i sektoren mellom kommuner og mellom kommuner og forsknings- og utdanningsinstitusjonene både regionalt og nasjonalt. Økt samarbeid vil også kunne bidra til økt kvalitet på forskningen og utløsning av ulike finansieringsmekanismer for forskning som regionale forskningsfond, midler fra Forskningsrådet og gjennom forskningssamarbeid med helseforetakene.

18.3.2 Forskning i avtaleverket mellom kommuner og helseforetakene

Helseforetakenes ansvar for forskning er regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2 og har vært presisert til å omfatte ansvar for både grunnforskning, translasjonsforskning og kliniske studier knyttet til behandling i spesialisthelsetjenesten. Departementet legger til grunn at kunnskapsbehovet i primærhelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten i liten grad kan ivaretas gjennom forskningen i spesialisthelsetjenesten. Dette har sammenheng med at det er ulike problemstillinger, sykdommer og pasientgrunnlag i de to tjenestenivåene.

For å understøtte nødvendig samarbeid om forskning og utvikling med de regionale helseforetakene, samt kompetanseoverføring mellom helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgssektoren om forskning og kunnskapsbasert praksis, foreslår

[10] Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet.

[11] Nasjonal helseplan 2007-2010

departementet at det dette feltet inngår som et tema partene skal omtale i samarbeidsavtaler, se kapittel 25. Dette vil bidra til å sikre individuell tilpasning av avtalene ut i fra den/de enkelte kommuners og helseforetaks behov og muligheter. Samarbeidsavtalen bør legge til rette for at det utvikles felles samarbeidstiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging og forskning som understøtter samhandlingsreformens intensjoner.

Avtalene vil innebære en plikt til å vurdere forskningssamarbeid som samarbeidstiltak. Departementet foreslår derfor at man i opplistingen av samarbeidstiltak som skal reguleres gjennom avtaleverket, også synliggjør at dette omfatter forskning og utviklingssamarbeid.

18.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

For å understøtte forskning om, for og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det som tidligere nevnt ulike finansieringsordninger som kan utløse forskningsmidler. Det vises for øvrig til kapittel 25 om samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak. Forslaget vil ikke medføre økonomiske og administrative konsekvenser.

19 Krav om forsvarlige tjenester, kvalitet og pasientsikkerhet

19.1 Innledning og bakgrunn

En helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet er en overordnet helsepolitisk målsetting. Hva som anses som god kvalitet kan endre seg over tid, og er en kontinuerlig prosess. Et omfattende arbeid med å implementere nasjonale kvalitetsstrategier har pågått i femten år. Dette gjelder Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995–2001, Kunnskap og brubygging 1997–2001 i sosialtjenesten og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015). Det gjenstår altså ytterligere fem år av någjeldende strategi.

Utgangspunktet for nåværende strategi er to sentrale helsepolitiske målsettinger:

- Helsetjenesten skal tilby befolkningen helsehjelp av god kvalitet
- Helsehjelpen skal være likeverdig fordelt.

Strategien er primært rettet mot forbedringsarbeid i helsetjenestene. Det pekes på følgende tilnærminger:

- Gjennom regelverket stilles krav til entydig plassering av organisatorisk ansvar til forsvarlig virksomhet og internkontroll.
- Gjennom utdanning og autorisering av personell sikres at de som arbeider i tjenestene er kvalifisert for oppgavene.
- Gjennom finansieringsordningene ønskes å fremme effektivitet og kvalitet.
- Gjennom tilsyn søkes å heve tryggheten i tjenesten.
- Gjennom forskning, kunnskapsoppsummering og metodevurdering skal det faglige grunnlaget for tjenesteutøvelsen bli bedre.
- Gjennom prioritering av ressurser kan forebyggende og kurative tiltak til utsatte grupper styrkes.

I tillegg bygger strategien på gjeldende lovkrav for sosial- og helsetjenesten. Det er utarbeidet flere forskrifter som utdyper lovbestemmelsene. Flere er knyttet til kvalitet, for eksempel forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, internkontrollforskriften og prioriteringsforskriften.

Strategien tar sikte på å gi kvalitetsbegrepet konkret innhold. Tjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

I strategien utdypes og presiseres disse 6 dimensjonene som utgjør kvalitetsbegrepet.

Nasjonal helseplan 2007 – 2010 vektlegger 6 bærebjelker for helsetjenester:

- Helhet og samhandling
- Demokrati og legitimitet
- Nærhet og trygghet
- Sterkere brukerrolle
- Faglighet og kvalitet
- Arbeid og helse

Det arbeides nå med ny nasjonal helse- og omsorgsplan. I forbindelse med dette arbeidet gjennomføres det også en høring parallelt med forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov og forslaget til ny folkehelselov.

Kvalitetsmåling, pasientsikkerhet og prioritering er blant de temaer som er omtalt spesielt i planen fra 2007-2010. Det understrekes at kvalitet og prioritering må ses som del av samme strategi fordi de prioriteringer som gjøres, også vil ha betydning for kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Gapet mellom folks forventninger til helsetjenesten, de medisinske mulighetene og ressursene som kan stilles til disposisjon, betyr at det må foretas strenge prioriteringer for å sikre at helseressursene brukes på best mulig måte for hele befolkningen. Fordi aktiviteter som har som mål å fremme kvaliteten på ett område, kan bety merkostnader på et annet område, understrekes betydningen av å prioritere mellom kvalitetsstrategiens seks kjennetegn ved tjenestekvalitet. Kvaliteten i helsetjenesten må derfor vurderes ut fra i hvilken grad helsetjenesten som helhet – gitt ressursrammer og øvrige betingelser – gir den enkelte pasient best mulig helsehjelp, samtidig som helsehjelpen skal være likeverdig og rettferdig fordelt på tvers av brukergrupper, sosial status, kjønn, etnisitet og bosted.

Det foreligger ikke direkte krav til kvalitet i dagens lovverk for helsetjenesten, med unntak av noen få forskriftsbestemmelser på spesielle områder. Flere bestemmelser kan relateres til pasientsikkerhet, men pasientsikkerhet er ikke definert i dagens lovverk for helsetjenesten. Forsvarlighetskravet er det nærmeste man kommer en lovforankring av kvalitet og pasientsikkerhet.

19.2 Om kommunens plikt til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester

19.2.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenester som ytes skal alltid være forsvarlig. For helsepersonell er dette ansvaret plassert på individnivå gjennom helsepersonelloven § 4 ved at yrkesutøvelsen skal være i samsvar med de "*krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*".

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 bestemmer at *"helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige*". Tilsvarende bestemmelse er ikke inntatt i kommunehelsetjenesteloven, men dagens lovgivning forutsetter like fullt et krav til forsvarlighet på system- og virksomhetsnivå. Dette følger blant annet av kommunens plikt etter helsepersonelloven § 16 til å organisere helsehjelpen slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, herunder å yte forsvarlig helsehjelp. Se også kommunens plikt etter loven § 1-3a til å planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kravet om forsvarlighet etter helsepersonelloven § 4 er med dette gjort til et viktig krav også overfor kommunene. Forutsetningen om forsvarlighet gjenspeiles for øvrig klart i loven § 6-3 hvor Statens helsetilsyn gis i oppgave å føre tilsyn med at kommunen fremmer helsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte.

I sosialtjenesteloven er krav om forsvarlighet for personellet og virksomheten ikke regulert på tilsvarende måte. Til tross for mangelen av en uttrykkelig lovregulering av forsvarlighet, anser departementet at et minimumskrav til forsvarlighet også gjelder for sosialtjenesten. Dette følger forutsetningsvis av at kommunen har plikt til å yte nærmere lovbestemte tjenester til brukerne. Kommunen kan imidlertid ikke sies å ha levert disse tjenestene dersom de må regnes som uforsvarlige. Helsedirektoratet konkluderte i utredningen "*Krav til faglig forsvarlighet for sosialpersonell m.v.*" fra juni 2007 med at dagens lovgivning er mangelfull, og at det er behov for at kravene til forsvarlighet for sosialpersonell forankres tydeligere i lovverket. Av sosialtjenesteloven § 8-1 fremgår videre at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens saksbehandling, noe som vil innebære et krav om forsvarlig saksbehandling.

Kravet til faglig forsvarlige tjenester er en rettslig standard som består av tre hovedelementer: Tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitativt, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. I medisinskjuridisk språkbruk betegnes målestokken for tilfredsstillende kvalitet ofte som "lege artis" (etter kunstens regler). Vurderingen av hva som er en forsvarlig minstestandard på ulike områder må være basert på en løpende oppdatert faglig kunnskap, sammenholdt med det sosial- og helsepolitiske ambisjonsnivå.

Det er Helsetilsynet som har myndighet til å fastlegge hva som er forsvarlig i en konkret sak. I en artikkel i Lov og rett 2009 nr 1 (Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet - Statens helsetilsyns tilnærming) har Olav Molven gjennomgått avgjørelser fra Statens helsetilsyn i 2007. Han har bl.a. funnet at det forsvarlighetskravet som legges til grunn hva gjelder *virksomhet*

> ”synes dermed i utgangspunktet, i alle fall slik det generelt verbalt kommer til uttrykk, å ligge «høyere» enn kravet til helsepersonellet om å gi forsvarlig helsehjelp.”

I Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. punkt 5.3 redegjøres for behovet for å ta forsvarlighetsstandarden inn i loven og for nyanser i fortolkningen mellom helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det heter bl.a.:

> ”Forsvarlighetsnormen i § 2-3 har således et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven. Situasjonsbetingede eller subjektive forhold kan medføre at involvert helsepersonell ikke anses å ha overtrådt forsvarlighetsbestemmelsene, med de sanksjonstiltak som dette kan utløse. I slike tilfeller vil likevel den forsvarlighetsnorm som i § 2-3 er knyttet til selve institusjonen og helsetjenesten kunne anses overtrådt.”

Det uttales at forsvarlighetsstandarden i § 2-2 er en minimumsstandard. Likevel uttales det at ”*både helsetjenesten og tilsynsmyndighetene bør […] arbeide for et høyere ambisjonsnivå enn dette*”.

Forsvarlighetskravet innebærer ikke bare at de enkelte deltjeneste hver for seg skal være forsvarlige. Kommunens tilbud må også som helhet være forsvarlig. Kommunen må dessuten innrette sin virksomhet slik at samarbeidet mellom deltjenester i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om å yte helse- og omsorgshjelp til den enkelte pasient og bruker også er forsvarlig. Det er derfor viktig at kommunen har forsvarlige rutiner for hvordan pasienter og brukere henvises videre til andre tilbud eller følges opp etter kontakt med spesialisthelsetjenesten eller andre kommuner.

19.2.2 Departementets vurdering og forslag

Sammenlignet med reguleringen innenfor spesialisthelsetjenesten og reguleringen knyttet til det enkelte helsepersonell, er kommunens virksomhetsansvar for å yte eller tilby forsvarlige tjenester mer indirekte og fragmentert regulert. Etter departementets oppfatning bør loven i større grad enn i dag tydeliggjøre kommunens virksomhetsansvar for å tilby forsvarlige tjenester. Det er også ønskelig å regulere kommunens forsvarlighetsplikt på samme måte som for spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Departementet foreslår derfor at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1 første ledd presiseres at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige.

I forlengelsen av dette foreslår departementet å presisere at forsvarlighetsplikten blant annet innebærer at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Departementet foreslår videre at det i loven også presiseres at forsvarlighetsplikten forutsetter at kommunen tilrettelegger sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud. Departementet foreslår at tilsvarende presiseringer inntas i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Endelig vil departementet vise til drøftelsen om egen verdighetsgaranti i punkt 20.5.6. Da forslaget om å lovfeste retten til et verdig tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten var på høring, viste en rekke høringsinstanser til at forslaget allerede kan utledes av dagens forsvarlighetskrav og krav til kvalitet i tjenesten. Departementet deler denne oppfatning og viser i denne sammenheng til at forsvarlighetskravet innenfor helse- og omsorgstjenesten har utviklet seg over tid. Utviklingen har påvirket forståelsen av innholdet i forsvarlighetskravet. Et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, vil heller ikke kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud. Det er, etter departementets oppfatning, av grunnleggende betydning at også dette aspektet gis fokus ved utformingen av tjenestetilbudet. Dette er bakgrunnen for forslaget om å fremheve begrepet verdighet i lovforslagets § 4-1 og på denne måten tydeliggjøre at dette er et grunnleggende element i en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste. Forslaget innebærer en presisering og tydeliggjøring av forsvarlighetskravet i helselovgivningen. Det legges derfor til grunn at dette forslaget i seg selv ikke vil ha økonomiske konsekvenser.

Avslutningsvis vil departementet vise til at flere høringsinstanser påpekte at manglende verdighet i tjenestetilbudet ikke skyldtes manglende vilje hos kommunene og tjenesteyterne, men var et resultat av ressurssituasjonen i kommunene. Selv om departementet er av den oppfatning at kommunene ikke oppfyller sine lovpålagte oppgaver dersom tjenestene ikke oppfyller forsvarlighetskravet, ser departementet behovet for tiltak knyttet til denne delen av forsvarlighetskravet. Gjennom Omsorgsplan 2015 vil derfor departementet iverksette flere tiltak for å legge forholdene til rette for kommunene i å kunne yte verdige og forsvarlige tjenester. Det vises forøvrig til drøftelsen under punkt 20.5.6.

19.2.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Lovforslagene er videreføring og tydeliggjøring av gjeldende lov- og forskriftregulering og vil slik sett ikke innebære økonomiske eller administrative konsekvenser.

19.3 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet som tema har fått stor faglig og politisk oppmerksomhet det siste tiåret. Helsetjenesten i vestlige land har et innebygget paradoks: De senere års suksess med avansert utstyr og behandlingsmetoder mv. har også ført til at tjenestene er så komplekse at systemet i seg selv utgjør en sikkerhetsrisiko for pasienter. For systematisk å lære av egne feil kan helsetjenesten dra nytte av andre bransjers erfaring med og analyser av egne feilrapporteringssystemer. Dette gjelder særlig luftfart, atomenergivirksomhet og oljeindustri. EU har utarbeidet egne pasientsikkerhetsanbefalinger og WHO har pasientsikkerhet som egen satsning.

Pasientsikkerhet dreier seg om å forhindre uønsket skade på pasienter relatert til ytelse av helsetjenester. Det er gjort flere internasjonale undersøkelser som viser at 8-20 % av pasienter innlagt i sykehus blir utsatt for uønskede hendelser. Eksempler på vanlig forekommende uønskede hendelser er

– sykehusinfeksjoner (beregnes til ca 25 % av alle uønskede hendelser)

– feil/skader ved legemiddelhåndtering
– feil/skader ved kirurgiske inngrep
– feil-/forsinket diagnostisering
– feil/manglende respons på prøvesvar

Eksempler på uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten ellers er feil ved legemiddelhåndtering, feil-/forsinket diagnostisering, feil pga manglende samhandling/kontinuitetsbrudd o.a.

Vi har ikke samlede norske tall på forekomst av uønskede hendelser, men det er liten grunn til å tro at forholdene er annerledes i norsk helsetjeneste.

Sentralt i alt pasientsikkerhetsarbeid er å ha kunnskap om forekomst. Samlet kunnskap kan oppnås ved ulike meldesystemer. Ulike verktøy og tiltak – med noe varierende kunnskapsgrunnlag - kan igangsettes og implementeres for å lære og for å forebygge skader. I tillegg må det være mulig å måle variasjoner i sikkerhetsnivået for å kunne sjekke ut at tiltakene har effekt. En omforent kategorisering og begrepsbruk for ulike hendelser, årsaker, skadegrad og skadetyper er nødvendige ingredienser i en systematisk tilnærming til pasientsikkerhetsarbeidet.

Det er etablert flere ordninger for å fremme pasientsikkerheten i norsk helsetjeneste. Statens helsetilsyn fører tilsyn med at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte og forvalter meldeordningene etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og helsepersonellovens § 17. Helsetilsynet i fylket behandler klager fra pasienter som opplever at de ikke har fått et tilfredsstillende tilbud. Pasientombudene kan bistå pasienter med å fremme slik klage, og Norsk pasientskadeerstatning kan tildele pasienter erstatning ved behandlingssvikt. Internkontrollforskriften pålegger helsetjenesten å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt.

Nasjonal helseplan (2007-2010) inneholder mål om kulturendring i tjenesten, preget av større erkjennelse av at uønskede hendelser skjer, samt større åpenhet om hendelser. For å understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet ble Nasjonal enhet for pasientsikkerhet etablert i 2007. Pasientsikkerhetsenhetens formål er å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere og lære av og forebygge uønskede hendelser. Pasientsikkerhetsenheten skal utforme læringsinformasjon og fremme forslag til tiltak for bedre pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetsenheten skulle etter planen innhente informasjon fra eksisterende meldeordninger lokalt og nasjonalt for å avdekke risikoområder og årsakene til disse. Det har imidlertid vært problemer med innhenting av data fra de ulike systemene til dels på grunn av manglende lovhjemler for å sammenligne data fra ulike databaser (ikke på pasientnivå). At det etter vedtagelsen av § 29 b i helsepersonelloven kan søkes om dispensasjon fra taushetsplikt i forbindelse med kvalitetssikring løser antagelig noen av disse problemstillingene. Pasientsikkerhetsenheten har gjennomført ulike kurs og konferanser og utarbeidet læringsmateriale. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet forbereder en pasientsikkerhetskampanje med start i 2011.

19.4 Lovgivning om pasientsikkerhet

19.4.1 Generelt

Flere vestlige land har de senere årene innført lovgivning spesielt relatert til pasientsikkerhet. I forbindelse med revisjon av canadisk regulering om pasientsikkerhet ble det utarbeidet en rapport hvor lovgivningen i Australia, Danmark, New Zealand, Storbritannia og USA ble gjennomgått. (Downie J et al. Patient Safety Law: From Silos to Systems. Rapport innhentet av Health Canada 31. mars 2006.)

De fant:

- En voksende motvilje hos regjeringer mot å overlate pasientsikkerhet til helsetjenesten selv. Tendensen er å lovregulere.
- Et skifte mot det som kan kalles meta-regulering: Mye lovgivning som nylig er introdusert i andre land setter juridiske rammer for oversikt, ansvar (accountability) og/eller overvåkning og supervisjon som enten erstatter eller supplerer eksisterende juridiske rammer som tradisjonelt har gitt helsetjenesten og dens utøvere stor grad av autonomi.
- Et skifte fra å være opptatt av å regulere spesielle kilder eller typer helsetjeneste til å regulere gjennom et bredere perspektiv
- Stor tillit til at informasjon og åpenhet (transparency) er nøkkel og driver for pasientsikkerhet.

De fant det tjenlig å gruppere pasientsikkerhetslovgivning slik:

a. *Regler om å forebygge at skader skjer*. Tradisjonelt har slik lovgivning vært innrettet etter et slags avskrekkingsprinsipp; usikker eller uforsvarlig adferd som resulterer i skade og/eller klage kan medføre sanksjoner. Eksempler på dette er erstatningslovgivning og disiplinærreaksjoner. Mer pro-aktiv lovgivning tar høyde for eksisterende risiko i systemet og regulerer prosesser, verktøy og ansvar for på denne måten å lage/understøtte en sikkerhetskultur. Eksempler på dette er ansvarsplassering for systematisk pasientsikkerhetsarbeid, innføring av helsetjeneste-standarder, kvalitetssikring og re-sertifisering av helsepersonell og godkjenningsprosedyrer for legemidler og forskjellig medisinsk utstyr. Pasientsikkerhetslovgivning søker å forhindre eller minimalisere forekomst av uønskede hendelser ved å regulere *hvor* helsetjeneste ytes, *hvem* som leverer ytelsene og *hvilke* tjenester, verktøy og produkter som kan eller må brukes ved ytelsen.
b. *Regler om det å oppdage og få kunnskap om skade og uønskede hendelser.* Helsesystemets evne til å identifisere uønskede hendelser og lære av dem er et viktig aspekt av pasientsikkerhet. Lovregulering brukes for å skape mekanismer eller betingelser som fasiliterer både oppdagelse og synliggjøring av uønskede hendelser samt etterfølgende undersøkelse og analyse av hendelsene og deres årsaker.
c. *Regler som gjelder respons på uønskede hendelser.* Responsen på uønskede hendelser er avhengig av hvilket resultat man ønsker å oppnå. Det aktuelle juridiske rammeverket påvirker dette resultatet. Dette kan gjelde både på individuelt nivå eller systemnivå eller begge. For den som yter helsetjeneste - både den enkelte

helsearbeider og virksomhet - kan resultatet tjene til ansvarliggjøring og/eller gjenopprettende funksjoner. For pasient og pårørende kan resultatet være reparerende (erstatning, unnskyldning, sann informasjon). Ønsket resultat på systemnivå er læring og forbedring. Ideen er å bruke hendelsene til forbedret praksis og prosess på tvers av systemet. Ved stadig å inkorporere læring fra hendelsene, vil systemet kunne drive kontinuerlig forebygging (jf a.) og identifisering (jf b.) av uønskede hendelser.

19.4.2 Lovgivning om pasientsikkerhet i noen andre land

19.4.2.1 Danmark

Gjeldende rett

Danmark vedtok sin pasientsikkerhetslov 4. juni 2003; angivelig den første lov av sin art i verden. Loven dreide seg i det vesentlige om et rapporteringssystem for såkalte "utilsiktede hændelser". Disse er definert som "en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl." (Bestemmelsen er supplert ved lovvedtak av Folketinget 3. juni 2010.)

Ved lov 1. januar 2007 ble pasientsikkerhetsloven inkorporert i eget kapittel 61 i den danske sundhedsloven.

Helsepersonell skal melde utilsiktede hendelser direkte i det elektroniske systemet på en egen webside.

Ved innføring av meldeplikten ble det samtidig bestemt at der ikke kan iverksettes sanksjoner mot helsepersonell på bakgrunn av slik melding. § 201 i den danske sundhedsloven (nå lov av 7.2.2008) lyder:

> "En sundhedsperson, som indrapporterer en utilsigtet hændelse, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndighed, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetslige sanktioner af domstolene."

Meldingene sendes regionen (som eier og driver sykehusene). Regionene registrerer og analyserer rapporter om utilsiktede hendelser til bruk for forbedring av pasientsikkerheten og behandlingen. De kan innhente supplerende opplysninger hos vedkommende helsepersonell eller den aktuelle avdeling. De sorterer meldingene i 8 kategorier: legemiddelfeil, pasientfall, suicid og forsøk på suicid, hendelser ved anestesi, forvekslinger/feilkommunikasjon, hendelser grunnet kontinuitetsbrudd, hjertestans/uventet dødsfall, og annet. Hendelsene rapporteres videre til Sundhedsstyrelsen i anonymisert form. Sundhedsstyrelsen bruker opplysningene i sin ordinære virksomhet som både omfatter tilsyn og råd- og veiledning.

Volumet av meldinger har økt kraftig; fra ca 6000 i 2004 til ca 25 000 i 2009.

Selv om meldeordningen er anonym, melder nesten 90 % med navn, e-post eller lignende, slik at oppfølging er mulig. Dette tolkes dit hen at helsepersonell er seg bevisst at

meldesystemet ikke er knyttet til sanksjoner (Årsrapport 2009 DPSD - Dansk Patientsikkerhedsdatabase).

Fra 2010 omfatter meldeordningen også primærhelsetjenesten.

Øvrige krav til helsetjenestens systematiske arbeid med pasientsikkerhet ligger som standarder i Den Danske Kvalitetsmodel – DDKM - akkrediteringsstandarder for sykehusene

Lovendring om nytt pasientklagesystem mv L 130 2009-10

Ved lovendring vedtatt av Folketinget 3. juni 2010 (https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=132385) overføres Dansk patientsikkerhedsdatabase (DPSD) fra Sundhedsstyrelsen til det nyoppnevnte pasientombudet, et organ direkte underlagt Sundhedsstyrelsen. På denne måten kan meldinger om utilsiktede hendelser ses i sammenheng med klager fra pasienter. Pasientombudet skal stille meldingene til disposisjon for Sundhedsstyrelsens ordinære veiledningsarbeid overfor helsetjenesten. Dessuten åpnes meldesystemet også for hendelsesrapportering fra pasienter og pårørende.

Pasientombudet blir adressat for klager på helse*tjenesten* (ikke helse*personell*). Pasienten gis en rett til dialog med helseregionen innen 4 uker etter at ombudet har oversendt klagen. Pasientombudet gis myndighet til å gi kritikk til helsetjenesten og til å vurdere om Kap 4-9 i sundhedsloven er overtrådt (diverse rettigheter som medvirkning, informasjon, journalinnsyn mv). Sundhedsvæsenets Diciplinærnævn behandler klager over helse*personell* og kan videresende saken til Sundhedsstyrelsen som har myndighet til å ilegge sanksjoner.

19.4.2.2 Sverige

Gjeldende rett

Sverige har i drøyt 60 år hatt plikt for helsetjenesten til å rapportere visse alvorlige hendelser/skader på pasient til Socialstyrelsen. Bestemmelsen kalles lex Maria etter alvorlig legemiddelforgiftning som resulterte i 4 dødsfall ved Maria sjukhus i Stockholm i 1936. I henhold til lov om yrkesvärksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS-nr: 1998:531) skal helsepersonell i henhold til kapittel 2, 7 § rapportere til "vårdgivaren om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom." I Kap 6 § 4 gis virksomheten (vårdgivaren) en tilsvarende plikt til å melde hendelsen videre til Socialstyrelsen.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) er det stilt detaljerte krav til hva som skal inngå i ledelsessystemet med sikte på kvalitet og pasientsikkerhet. Bl.a. er det gitt definisjoner av patientsäkerhet og vårdskada, og helsepersonellet skal melde til en spesielt utpekt person ved sykehuset.

Videre har virksomheten lovbestemte plikter etter Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763): Tjenestene skal bl.a. tilgodese pasienters behov for trygghet, og pasientens behov for

kontinuitet og sikkerhet. Ledelsen skal være organisert slik at den tilgodeser høy pasientsikkerhet og god kvalitet (samt fremmer kostnadseffektivitet).

Ledelsens ansvar for systematisk risiko- og avvikshåndtering fastlegges forholdsvis detaljert.

Ny pasientsikkerhetslov

Riksdagen vedtok ny lov om pasientsikkerhet den 16. juni 2010. Loven trer i kraft 1. januar 2011. Et stort grep som gjøres ved den nye loven, er at lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) oppheves. Denne loven inneholder bestemmelser som tilsvarer den norske helsepersonelloven, samt lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. På denne måten får all basisregulering av helsetjeneste og helsepersonell pasientsikkerhetsperspektivet som overbygning.

Viktige punkter i den nye loven er:

- Helsetjenesten får et tydelig ansvar for selv å utrede hendelser som ledet til eller kunne ha ledet til en pasientskade (vårdskada).
- Definisjonene av pasientsikkerhet og vårdskada tas inn i selve loven – ikke bare i forskriften.
- Helsepersonellet pålegges lokal meldeplikt for alle uheldige hendelser – ikke bare de alvorligste.
- Pasienter skal klage til Socialstyrelsen i stedet for til Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Disiplinærreaksjonene varning og erinran erstattes bl.a. av økt mulighet for Socialstyrelsen til å gi kritikk mot både virksomhet og helsepersonell.
- Autorisert helsepersonell som er en fare for pasientsikkerheten, skal innrapporteres til Socialstyrelsen av virksomheten..
- Muligheten for å sette vilkår for/begrense autorisasjon i en prøvetid (prövotid) utvides.
- Muligheten for tilbakekall av autorisasjon utvides.
- Pasienter og pårørende skal på ulike måter motiveres og involveres i pasientsikkerhetsarbeid..
- Apotekpersonale får meldeplikt til Socialstyrelsen om det er grunn til å tro at leges eller tannleges forskrivning av f.eks. narkotika er uforsvarlig.
- Helsetjenesten skal utarbeide årlig pasientsikkerhetsmelding hvor det redegjøres for tiltak og resultater på området.

19.4.2.3 Finland

Sommeren 2008 fremla en arbeidsgruppe et forslag til ny hälso- och sjukvårdslag. Man har som mål at en lovproposisjon blir lagt frem for Riksdagen våren 2010.

Loven skal fornye helsetjenestens innhold, og målet er bl.a. pasientorienterte og sammenhengende tjenester og pasientsikkerhet skal løftes frem i reformen.

19.4.2.4 USA

I januar 2005 ble en føderal lov – The Patient Safety and Quality Improvement Act – vedtatt. Den amerikanske målsettingen er å endre kulturen i helsetjenesten fra "a culture of blaming" til "a culture of safety". Det skal opprettes Patient Safety Organisations - PSOer – rundt om i landet som skal motta og analysere avviksrapporter. Alle tjenesteytere er pliktige til å gjøre avtaler med en PSO. Det finnes også bestemmelser som begrenser muligheten til å brukes slike meldinger til disiplinærforføyninger og i erstatningssøksmål.

19.4.3 Norge

19.4.3.1 Gjeldende rett

En rekke lovbestemmelser i norsk helselovgivning skal sikre pasientene. Formålsbestemmelsen i § 1-1 i helsepersonelloven lyder:

> "Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste."

Forsvarlighetskravet

Det er mulig å hevde at de fleste lovregulerte plikter for helsepersonell har et sikkerhetsaspekt. Likevel er det reguleringen av forsvarlighet i § 4 som kanskje er den mest sentrale i forhold til pasientsikkerhet. Likeledes er bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om kravet til forsvarlige helsetjenester og tilsvarende krav til tjenester fra kommunehelsetjenesten sentrale bestemmelser som knytter seg opp mot pasientsikkerhet. Det vises til punkt 19.2.

Internkontroll

All helsetjeneste skal dessuten drive systematisk internkontroll i henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr 15. I § 3 annet ledd forutsettes det at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet *på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.* Internkontrollplikten er nærmere regulert i FOR 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten**.** I henhold til forskriften § 4 skal virksomhetene bl.a. gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten. De skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

I langt de fleste helseforetakene er det innført elektroniske meldesystemer hvor alle uønskede hendelser meldes – selv om dette ikke er et uttrykkelig krav i lov eller forskrift. Systemene gir både mulighet for å ha oversikt, men også for å understøtte den lokale behandlingen av uønskede hendelser med sikte på læring og forebygging.

Flere kommuner har avvikssystemer, for eksempel har sykehjem avviksregistrering for legemiddelfeil.

Helsetilsynets tilsynsvirksomhet

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr 15 regulerer

tilsynsmyndighetenes virksomhet. I henhold til § 2 skal Helsetilsynet i fylket føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket. Helsetilsynet i fylket skal holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse.

I tillegg har både Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn oppgaver knyttet til tilsyn med det enkelte helsepersonell og registrering av administrative reaksjoner. Tilsynsmyndighetene har også plikt til å informere arbeidsgivere om administrative reaksjoner mot helsepersonellet.

Tilsynet med virksomheter er hjemlet i tilsynslovens § 3, men der er sammenfallende lovbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3. Etter § 3 påser Helsetilsynet i fylket at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet *på en slik måte at det kan forebygge svikt i* helsetjenesten. Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholdene. Statens helsetilsyn kan også treffe vedtak om stenging av institusjon. Statens helsetilsyn kan også treffe vedtak om tvangsmulkt mot institusjon i spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven§ 7-2.

Statens helsetilsyn fastlegger altså hva som er nedre grense for forsvarlig virksomhet – både hva gjelder helsepersonell og virksomhet.

Kvalitetsutvalg i spesialisthelsetjenesten

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven 3-4 første ledd skal

> ”Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, [skal] opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll institusjonen er pliktig til å føre i henhold til § 3 i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Utvalget kan uten hinder av taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av dets arbeid.”

Departementet har hjemmel i annet ledd til å gi forskrift om bl.a. kvalitetsutvalgenes arbeid, herunder om informasjon til pasienter og om habilitet for utvalgets medlemmer.

Plikten til å opprette kvalitetsutvalg ble innført ved tilføyelse av § 18 b i dagjeldende sykehuslov ved en lovendring 30. juli 1992 (Ot. prp. nr. 43 (1991-92). I proposisjonens heter det (punkt 7.3)

> ”Kvalitetsutvalgene skal vurdere skadesaker, besværinger og annen kritikk fra pasienter med sikte på å bruke denne informasjon og erfaring til tiltak som forebygger svikt i og forbedrer kvaliteten på helsetjenesten. Dagens skadeutvalg ved sykehus forutsettes å inngå i kvalitetsutvalget. Utvalgenes arbeid skal kunne skje uhindret av taushetsplikt.”

Ordningen ble videreført i spesialisthelsetjenesteloven. Departementet uttaler i Ot prp nr 10 punkt 6.4.4.:

> ”Bestemmelsen om plikt til å opprette kvalitetsutvalg i sykehusloven § 18 b foreslås

videreført. Det er varierende hvor langt helsetjenesten er kommet i implementeringen av internkontroll. Departementet vil utarbeide en forskrift om internkontroll som presiserer denne plikten og stiller krav til hva internkontrollen skal inneholde. Forskriften vil samordnes med andre forskrifter om internkontroll gitt med hjemmel i annet lovverk. En slik forskrift vil gi bedre veiledning med hensyn til hvilke krav internkontrollen skal oppfylle. Å ha et system for å behandle og lære av avvik vil være en sentral del av en internkontrollprosess. Departementet finner likevel at det fremdeles bør stilles krav i lov om at helseinstitusjonene har kvalitetsutvalg. Kvalitetsutvalgene er en viktig del av helseinstitusjonenes kvalitetssikringsarbeid."

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten trådte i kraft 1.1.2003. Retningslinjene som ble utarbeidet for kvalitetsutvalgenes arbeid, er ikke endret siden vedtakelsen av sykehuslovens § 18 b (Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning). Vedlegg til Statens helsetilsyns rundskriv av 4. februar 1994 (IK-7/94)).

Betegnelsen *kvalitet*sutvalg tilsier at omtale av kvalitetsutvalgenes virksomhet egentlig burde fremgå av punkt 19.6 om kvalitet. Grunnen til at kvalitetsutvalgenes virksomhet drøftes under overskriften pasientsikkerhet er at de rent faktisk er knyttet opp til pasientrelatert avvikshåndtering i helseforetakene, herunder har de som regel mandat til å avgjøre hvilke meldinger som skal sendes Helsetilsynet i fylket i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Det vises til drøftingen under punkt 19.5.2.2 om kvalitetsutvalgenes rolle i systematisk kvalitets og pasientsikkerhetsarbeid og til punkt 38.4.5.2 om kvalitetsutvalgene og meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

Meldeplikt til Helsetilsynet i fylket.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 har virksomhetene meldeplikt til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Meldeplikten omtales nærmere under kapittel 38.4.

Pasientrettigheter mv

Pasientrettighetsloven inneholder flere bestemmelser som berører pasientsikkerhet. Bestemmelsene om rett til nødvendig helsehjelp har et sikkerhetsaspekt. Bestemmelsene om medvirkning og informasjon understøtter muligheten for at pasienten også kan delta i forhold til egen sikkerhet. Pasientrettighetsloven regulerer også pasientombudene som kan bistå pasienter i ulike situasjoner; også med tanke på pasientsikkerhet.

De ulike klageordningene i pasientrettighetsloven, helsepersonelloven § 55, spesialreglene i lov om psykisk helsevern, kommunehelsetjenesteloven § 2-4 mfl. kan alle ses på som ordninger som også kan ha et sikkerhetsaspekt i seg.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er et statlig forvaltningsorgan, som behandler krav om erstatning fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. I tillegg samler og ordner NPE erfaringer i forbindelse med skadesaker

som statistisk grunnlag for helsesektorens arbeid med kvalitetsforbedring og skadeforebygging. Ordningen er regulert i lov av 15. juni 2001 om erstatning ved pasientskader m.v. (pasientskadeloven).

Annet

Eksempler på annen lovgivning med sikkerhetsaspekt er en del særlovgivning som gjelder smittevern i helseinstitusjoner, humane celler og vev, blod og blodprodukter, medisinsk utstyr og en del forskrifter som gjelder krav til autorisasjon og lisens for helsepersonell med ulik nasjonalitet og utdanninger.

19.5 Departementets vurderinger om regulering av pasientsikkerhet

19.5.1 Pasientsikkerhetsbegrepet

Gjennomgangen i punkt 19.4.3.1 viser at selv om pasientsikkerhet som begrep i liten grad opptrer i lovgivningen, er det altså ikke slik at lovgivningen ikke stiller krav til pasientsikkerhet.

Forsvarlighetsbegrepet utgjør en absolutt minstenorm som helsepersonell og tjenester ikke kan gå under. Det vises til omtale under punkt 19.2.

Det er Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket som har myndighet til å definere hva som anses som forsvarlig eller uforsvarlig (og eventuelt uaktsomt) i den enkelte sak. Helsetilsynet i fylket har i sitt oppdrag etter lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten plikt til å vurdere sakene opp mot bestemmelsene om administrative reaksjoner i henhold til helsepersonelloven kapittel 11 (administrative reaksjoner). Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket har videre plikt til å registrere administrative reaksjoner og informere arbeidsgiver om slike, jf. tilsynsloven § 2. Statens helsetilsyn kan også gi pålegg om retting til virksomhet som drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasientene (tilsynsloven § 5). Hvis Helsetilsynet i fylket mener at noe er uforsvarlig (og uaktsomt), følger det derfor av tilsynsmyndighetenes oppdrag at de må ta stilling til hvilke konsekvenser dette lovbruddet skal ha. Forsvarlighetskravet kan på denne måten ikke ses isolert fra de reaksjoner som Statens helsetilsyn råder over.

Pasientsikkerhet har et annet utgangspunkt; nemlig bare det å forhindre at helsetjenesten skader pasienter – uten at det tas stilling til om en handling har vært uforsvarlig og/eller uaktsom. Det tas utgangspunkt i oppstått skade eller nestenuhell, og vurderes hvordan man ut fra en kartlegging av årsaker og risikoforhold kan forebygge at lignende skjer igjen. Å innføre pasientsikkerhetsbegrepet i lovgivningen vil således være et supplement til forsvarlighetsbegrepet og nødvendig for å understøtte den kulturendring som moderne pasientsikkerhetsarbeid forutsetter. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten/Nasjonal enhet for pasientsikkerhet definerer pasientsikkerhet slik:

> ”Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.”

Kunnskapssenteret presiserer at unødig skade på pasient (pasientskade) er skade som er en følge av helsetjenestens ytelser og som ikke er nødvendig for at helsetjenesten skal kunne

yte helsetjenesten. Som eksempler på nødvendige pasientskader er stikk i huden for å kunne sette sprøyte og kirurgens skjæring i bukveggen for å få fjernet betent blindtarm.

Definisjonen er basert på gjennomgang av definisjoner av pasientsikkerhet (patient safety) i andre land og fra WHO og EU.

Denne definisjonen er subjektiv på den måten at den utelukkende fokuserer på resultatet sett fra pasientens side – den har intet fokus på mer eller mindre klanderverdige forhold ved tjenesteytingen. Pasientsikkerhetsbegrepet kan løsrives fra slike vurderinger og dermed gi en ønsket retning eller visjon for helsetjenesten som er i samsvar med internasjonale føringer på området. Siste del av definisjonen inkluderer også skader som følge av at man *ikke* har mottatt ytelser fra helsetjenesten. Dette må ses på bakgrunn av retten til nødvendig helsehjelp. Også skader som har oppstått fordi man *ikke* fikk den helsehjelp man hadde krav på, er skader som bør vurderes i et pasientsikkerhetsperspektiv, dvs. at helsetjenesten må arbeide systematisk med å forhindre at slike skader oppstår. Eksempler på dette kan være at ambulanse ikke er sendt eller ikke er kommet frem til pasienten til tross for at det forelå en øyeblikkelig-hjelp-situasjon og pasienten får irreversible skader eller dør; eller at en pasient med kreft-diagnose ikke blir innkalt til adekvat behandling og undersøkelse slik at sykdommen får utvikle seg videre og pasientens prognose forverres.

Konkretisering og definisjon av pasientsikkerhet som begrep vil kunne bidra til å bedre norske data om pasientsikkerhet både i tjenestene og på regionalt/nasjonalt nivå. Slike data er av betydning for å kunne sammenligne kvaliteten i en virksomhet med kvaliteten i en annen virksomhet, og vil kunne være nyttige både for pasienter, helsepersonell og ledere i helse- og omsorgstjenesten vil kunne ha nytte av disse. Etter departementets oppfatning bør begrepet pasientsikkerhet defineres i lov. Det foreslås at definisjonen tas inn i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4b og ny kommunal helse- og omsorgslov § 1-3.

19.5.1.1 Systematisk pasientsikkerhetsarbeid generelt

Norsk helselovgivning er innrettet slik at det er relativt få krav til det konkrete innholdet i forsvarlighetsnormen. Videre er prosesskravene i internkontrollforskriften relativt summariske. I dag inneholder lovgivningen ikke direkte bestemmelser som setter krav til tjenesteyter om å drive spesifikt pasientsikkerhetsarbeid. I 2002 ble det vurdert som hensiktsmessig å gi virksomhetene mulighet for å tilpasse den systematiske styringen og det kontinuerlige forbedringsarbeidet til sin egen virksomhet (internkontroll). En utfordring i dag er å finne fram til tiltak som kan gi bedre vern mot at pasienter utsettes for risiko for skade som følge av at de mottar helsehjelp.

Mens kvalitet og forsvarlighet vurderes i et objektivt perspektiv, bør pasientsikkerhet vurderes utelukkende fra pasientens perspektiv. Graden av trygge og sikre tjenester kan ses som en kvalitetsdimensjon, men har et annet innhold enn pasientsikkerhet. Dersom en pasient er påført skade som følge av helsetjenestens ytelser, kan dette innebære svikt i pasientsikkerheten. Dette gjelder uavhengig av om skaden er påført i et system som kan dokumentere høy kvalitet og sikkerhet, uavhengig av om pasientforløpet har vært forsvarlig og uavhengig av om helsepersonell har handlet mer eller mindre forsvarlig.

Det at en tjeneste drives forsvarlig og ellers i samsvar med gjeldende lovbestemmelser er ingen garanti for at det ikke oppstår skade på pasienten. Sykehjemmet kan ha et utmerket internkontrollsystem, forsvarlig bemanning mv., men utkommet for pasienten kan likevel bli dårlig. Feildosering av legemidler til skade for pasienter kan oppstå selv om verken helsepersonell eller virksomhet har overtrådt forsvarlighetskravet.

Trygge og sikre tjenester er ett av målene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, og mange virksomheter er i gang med ulike tiltak i forhold til pasientsikkerhet.

Både den nylig vedtatte svenske pasientsikkerhetsloven og forskriften om ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet, stiller mer konkrete krav til hva som skal inngå i pasientsikkerhetsarbeidet enn det vi har i dag i Norge. En konkretisering vil kunne bidra til å gi feltet et nødvendig fokus. Innføring av et lovkrav om systematisk pasientsikkerhetsarbeid er et prosesskrav og innebærer ikke bestemte krav til resultat. Verdien av å lovfeste en plikt til systematisk pasientsikkerhetsarbeid ligger først og fremst i en tydeliggjøring av retning og visjon for helsetjenesten.

Systematisk pasientsikkerhetsarbeid bør ses i sammenheng med kravet til internkontroll, og pasientsikkerhetsarbeid bør inngå som en naturlig del av internkontrollen. Det vises til de vurderinger som er gjort i pkt 19.6.4.4 om forslaget om krav til systematisk kvalitetsforbedring og sammenhengen mellom dette og internkontroll.

Følgende elementer er sentrale i virksomhetenes systematiske arbeid med pasientsikkerhet:

- ha system for at uønskede hendelser blir rapportert og registrert som ledd i lærings- og forbedringsarbeidet
- utrede uønskede hendelser i virksomheten som har medført eller som kunne ha medført en pasientskade, herunder klarlegge hendelsesforløpet og gi grunnlag for tiltak som kan hindre at lignende hendelser inntreffer på nytt
- gjennomføre de tiltak som er nødvendige for å forebygge at pasienter utsettes for skade
- gi mulighet for at pasienter og deres pårørende kan delta i pasientsikkerhetsarbeidet
- dokumentere hvordan det organisatoriske ansvaret for pasientsikkerhetsarbeidet er fordelt internt

Det er også ønskelig at ledere skal etterspørre resultater fra pasientsikkerhetsarbeidet i sin virksomhet. Dette betyr at både styre- og ledermøter bør ha fast punkt om pasientsikkerhet. Resultater og erfaringer bør også gjøres fortløpende kjent og deles. På denne måten kan de bidra til læring i andre deler av helsetjenesten samt gi viktig informasjon til allmennheten.

Departementet foreslår at internkontrollforskriften revideres med hensyn på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringsarbeid og at kravene ovenfor tas inn på linje med øvrige krav som stilles i forskriften.

Virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten kan ha svært forskjellig karakter. Risikoen for at pasienter (brukere) blir utsatt for skade som

følge av ytelse fra helse- og omsorgstjeneste vil derfor kunne variere meget i de ulike deler av tjenestene. I praksis vil derfor konkrete tiltak for å unngå skader også variere. Departementet mener likevel at kravet om systematisk arbeid for å unngå skader på pasienter/brukere bør gjøres obligatorisk for alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten.

Et særskilt spørsmål er hva (hvilket nivå) som skal være pliktsubjektet for kravet til systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Departementet mener at pliktsubjektet må samsvare med pliktsubjektet for kravet om internkontroll. I henhold til § 3 i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten er pliktsubjektet "enhver som yter helsetjeneste". Departementet og Helsedirektoratet har tidligere lagt til grunn at internkontrollplikten også gjelder det regionale helseforetaket, selv om de ikke selv direkte yter helsetjenester. Det er lagt til grunn at sørge for ansvaret, herunder styring og ledelse også er omfattet av internkontrollplikten.

De samme vurderinger gjør seg gjeldende i forhold til kommunenes ansvar for ulike helse- og omsorgstjenester, jf. omtale i kapittel 10.

Det foreslås på denne bakgrunn en ny bestemmelse om plikt til systematisk pasientsikkerhetsarbeid i ny helse- og omsorgslov § 4-2 og i spesialisthelsetjenesteloven ny § 3-4 b.

19.5.1.2 Kvalitetsutvalgenes rolle i systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

Kvalitetsutvalgene som skal opprettes etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 har vært og er sentrale bindeledd mellom Helsetilsynet i fylket (tidl. fylkeslegene) og virksomhetene/helseforetakene. Kvalitetsutvalgene behandler avvik og vurderer om enkelte av dem bør sendes Helsetilsynet i fylket som melding om betydelig skade på pasient i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

Kvalitetsutvalgenes rolle er beskrevet i Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning (Vedlegg til Statens helsetilsyns rundskriv av 4. februar 1994 (IK-7/94)).

I Rundskriv IK-16/94 fra Statens helsetilsyn tas opp noen særskilte problemstillinger, bl.a. forholdet til internkontrollarbeid utenfor helselovgivningen og kvalitetsutvalgets forhold til ledelsen. I prinsippet er begge disse problemstillinger like relevante i dag.

Det ene forholdet er kvalitetsutvalgenes oppgaver knyttet til annen lovgivning enn helselovgivningen. Det heter i Rundskrivets pkt 1:

> "Vi finner grunnlag for å understreke at den plikt til å utøve internkontroll, og til å opprette internkontrollsystemer som sykehusloven18b viser til, er den plikt som er pålagt helsetjenesten i medhold av tilsynsloven § 3. (Det vises til ordlyden i § 18b, første pkt). Den internkontroll tilsynsloven § 3 retter seg mot er de helsetjenester som ytes.
>
> Internkontrollforskriften av 20. mars 1991 [avløst av forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter av 6.12.1996 nr 1127] er gitt i medhold av de lover som fremgår av forskriften § 2, og har til formål å ivareta hensynet til arbeidsmiljø og sikkerhet,

jf. forskriften § 1. Forskriften er imidlertid ennå ikke hjemlet i helselovgivningen, men det pågår arbeid som bl.a. har dette til vurdering.

Vi har funnet grunnlag for å understreke at i henhold til sykehusloven § 18b skal kvalitetsutvalgenes oppgaver være rettet mot den pasientrettede virksomhet og de helsetjenester som ytes. Andre oppgaver som det også tilligger en institusjon å ivareta, - bl.a arbeidsmiljø og brannvern, reguleres ikke av helselovgivningen. Slike hensyn ivaretas gjennom andre organer enn kvalitetsutvalget, bl.a. verneombud, AMU-utvalg o.a. ”

Mengden av krav som er stilt til helseforetakene i lov og forskrifter har bare økt siden kvalitetsutvalg ble obligatorisk fra 1993. Kunnskapssenterets gjennomgang gjengitt i rapporten Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus 2009 (http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/7912.cms) viser at det er stor variasjon i forhold til om kvalitetsutvalgene bare behandler pasientsikkerhetsrelaterte saker eller om de også har andre saker som mer går under betegnelsen ”kvalitet” på alle områder av helseforetakenes virksomhet (annen lovgivning enn helselovgivningen).

Ved noen helseforetak håndterer kvalitetsutvalgene også saker som gjelder internkontroll i henhold til forskrift 1996-12-06 nr 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften/HMS-forskriften) og avvik på andre områder enn pasientbehandling, selv om dette i prinsippet ikke stemmer med forutsetningene.

Det er også stor variasjon i betegnelser på utvalgene – det benyttes i tillegg betegnelser som kvalitetsråd, pasientsikkerhetsutvalg, klage- og skadeutvalg. Det andre forholdet som bør drøftes er kvalitetsutvalgenes forhold til institusjonens ledelse. I Rundskriv IK-16/94 heter det i punkt 2:

”Det fremgår av sykehusloven § 18b, første pkt, at det er institusjonen som har plikt til å opprette kvalitetsutvalg. Forholdet mellom institusjonens ledelse og kvalitetsutvalget er ikke tatt opp spesielt i de retningslinjer som er sendt ut, - utover hva som fremgår av avsnitt 2, s. 7.

Retningslinjene fra Helsetilsynet trekker kun opp rammene for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning. Det har vært forutsatt at nærmere instrukser og mandat for utvalget ville bli gitt av institusjonens ledelse.

Forholdet mellom ledelsen og kvalitetsutvalget forutsettes avklart i.f.m de instrukser / orienteringer som utarbeides internt. De interne instrukser forutsettes også å klargjøre den interne saksgangen når meldinger skal gis til eksterne meldeinstanser.

Det understrekes at den lovbestemte plikten til å opprette kvalitetsutvalg ikke har medført endringer i ledelsens overordnede ansvar og oppgaver i forhold til internkontroll. Kvalitetsutvalget vil i mange saker være å anse som en rådgivende instans for institusjonens ledelse. Bl.a vil generelle kvalitetsforebyggende og kvalitetsfremmende tiltak som er initiert av utvalget bli iverksatt gjennom ledelsens beslutning.”

I gjeldende retningslinjer (Vedlegg til Rundskriv IK-7/94) foreslås følgende sammensetning av utvalget:

”Kvalitetsutvalgets sammensetning og størrelse vil være faglig avhengig av institusjonens oppgaver og størrelse. Statens helsetilsyn anser det imidlertid som viktig at kvalitetsutvalget har en tverrfaglig sammensetning der bl.a. både de medisinske og sykepleiefaglige tjenester er representert. Som en veiledende anbefaling foreslår Helsetilsynet at kvalitetsutvalget opprettes med følgende faste medlemmer:

- en representant fra ledelsen
- representant fra de medisinsk-tekniske tjenester
- verneombudet
- en brukerrepresentant”

Etter departementets oppfatning er det ikke tilstrekkelig tydeliggjort at det er ledelsen som må beslutte hvem som skal sitte i utvalgene og at utvalgene rapporterer til ledelsen. Kunnskapssenterets gjennomgang, jf ovenfor, viste også variasjon i forhold til hvordan kvalitetsutvalgene var koblet til linjen, men at der er en økende bevissthet om nødvendigheten av dette. Prinsippet i spesialisthelsetjenesteloven ellers er at det ikke er gitt bindende regler om organisering av virksomheten. Lovbestemt utvalg som kvalitetsutvalg er et unntak fra dette prinsippet. En slik teknikk brukes ofte når det er behov for særlig fokus på ett område. Sentralt nå er å forplikte virksomheten og dens ledelse til å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid og at virksomhetene kan dokumentere hvordan ansvar for dette arbeidet er plassert og organisert. Det kan være hensiktsmessig at Kvalitetsutvalgene eller tilsvarende organer også har oppgaver utenfor helselovgivningen. På denne bakgrunn mener departementet at organisering av kvalitetsforbedringsarbeidet i større grad bør overlates til virksomhetene i samsvar med prinsipper for internkontroll og styring.

Departementet foreslår derfor at § 3-4 endres slik at virksomhetene stilles friere med hensyn til hvordan utvalgene og pasientsikkerhetsarbeidet for øvrig skal organiseres. Det understrekes imidlertid at organiseringen skal være dokumentert og tydelig, og at det må fremgå at dette er et lederansvar.

19.6 Kvalitet

19.6.1 Gjeldende rett

De nasjonale kvalitetsstrategiene (jf. punkt 19.1) er rettslig sett veiledende. Det er få bestemmelser i helse- og sosiallovgivningen som benytter kvalitetsbegrepet. Lovgivningen inneholder heller ikke spesifikke bestemmelser om myndighet til å fastsette bestemte kvalitetsstandarder eller faglige normer.

19.6.1.1 Lov- og forskriftsbestemmelser hvor kvalitetsbegrepet brukes:

Pasientrettighetslovens formålsbestemmelse i § 1-1 lyder:

> Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme

tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Helsepersonellovens formålsbestemmelse i § 1 lyder:

> Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 første ledd lyder:

> Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll institusjonen er pliktig til å føre i henhold til § 3 i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Utvalget kan uten hinder av taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av dets arbeid.

Kvalitetsutvalgene blir omtalt under pkt 19.4.3.1 og 19.5.2.2 (pasientsikkerhet)

Lov om sosiale tjenester mv. har en forskriftshjemmel i § 7-14 (institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester) som lyder:

> Kongen kan gi forskrifter med bestemmelser om krav til kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., setter krav til skriftlige prosedyrer som skal sikre at en nærmere angitt liste over kvalitetskrav (16 områder) oppfylles. Mange av kravene er relatert til at den enkelte bruker eller pasient skal behandles med respekt og ha rett til et privatliv og vern om personlig integritet selv om man bor i en institusjon (eller bolig). Formålsbestemmelsen i § 1 lyder:

> ”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. ”

Det er flere forskrifter på avgrensete områder som inneholder krav til kvalitet, for eksempel om humane celler og vev og forskrifter på legemiddelområdet.

19.6.1.2 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002

Forskriftens § 1 lyder:

> ”Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.”

Forskriften beskriver elementer i som skal inngå i internkontrollsystemet. Disse elementene er knyttet opp til gjeldende lovgivning. Internkontrollsystemet som beskrives i § 4 er materielt sett et kvalitets- eller styringssystem, men en virksomhets internkontrollsystem (evt. kvalitetssystem eller styringssystem) vil også inneholde elementer som gjelder mange andre krav enn dem som fremgår direkte av lovgivningen.

Dette kan være krav fra eiere, fra ansatte, fra brukere og andre som virksomheten kan være forpliktet til å overholde eller selv står fritt til å etablere som egne styringskrav.

Internkontrollforskriften setter ikke egentlig krav til systematisk kvalitetsforbedring av kjernevirksomheten fordi et slikt krav ikke finnes i lovgivningen, men den stiller krav til systematisk forbedringsarbeid for å sikre at gjeldende lov- og forskriftsbestemmelser overholdes, herunder forsvarlighetskravet.

19.6.1.3 Forsvarlighetskravet

Det vises til omtale under pkt 19.4.3.1

19.6.2 Definisjon av kvalitet

Nasjonal helseplan 2007-2010 gir følgende definisjon av kvalitetsbegrepet:

> "Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet."

Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) definerer kvalitet som "i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav". Denne definisjonen forutsetter at det er gitte standarder som kan karakteriseres som god kvalitet.

Definisjonen i Nasjonal helseplan legger til grunn at kvalitet ikke er en statisk størrelse. Kunnskapen om hva som er god praksis endrer seg kontinuerlig. Definisjonen har et brukerperspektiv ved å bruke begrepet "ønsket" helsegevinst for individet, men ivaretar en avveining mellom individ og grupper i befolkningen. Det er ikke nok at enkeltpersoner får et helsetilbud som de selv mener er best dersom det samme tilbudet for gruppen viser seg å ikke gi helsegevinst. På samme måte må individets ønsker vurderes opp mot det som er kunnskapsstatus på feltet.

I Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16 – 2010: Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten av 15. juli 2010 er kvalitet foreslått definert slik:

> "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 kunnskap."

Definisjonen er i tråd med Nasjonal helseplan (2007-2010), men erstatter helsegevinst med helserelatert velferd. Med dette tas det sikte på å fokusere også på verdier som livskvalitet, respektfull behandling, ivaretakelse av individets integritet og andre ikke-medisinske utfall som vektlegges av brukere av helsetjenesten. Begrepene enkeltpersoner og grupper i befolkningen er ment å dekke både samfunnet, enkeltindividet og pårørende. Ved å vektlegge helserelatert velferd i stedet for helsegevinst i mer snever "medisinsk" forstand, tas det altså i større grad hensyn til brukerperspektivet.

19.6.3 Helsedirektoratets rolle som faglig veileder

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ligger under og blir etatsstyrt av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har mandat til å lage nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er et viktig virkemiddel for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon. Helsedirektoratets rolle fremkommer i ulike styringsdokumenter, men ikke i den lovgivning som retter seg mot helsepersonell og helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk på helse- og omsorgstjenesteområdet. Dersom tjenesteyteren velger en annen praksis enn det som foreslås i retningslinjer eller veiledere, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering.

Faglige retningslinjer må være kunnskapsbaserte, og de må ivareta de etablerte prioriteringskriteriene og andre etiske og samfunnsmessige hensyn. Kostnads- og effektvurderinger må inngå i alle retningslinjer/veiledere, likeledes en vurdering av totalkostnader ved innføring av anbefalingene. Faglige retningslinjer og veiledere utvikles i prosess med den utøvende tjenesten.

På de områder hvor det er utviklet nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er det et ledelsesansvar å sikre at disse blir implementert i virksomheten. I tillegg til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer er det behov for å ha oversikt over det internasjonale tilfanget av retningslinjer, for å gjøre disse tilgjengelige for tjenesten.

19.6.4 Departementets vurderinger og forslag

19.6.4.1 Innledning

Kvalitet i helsetjenesten har tradisjonelt vært oppfattet som klinisk kvalitet. For å skape endring og vite at endringer er forbedringer, kreves ikke bare fagkunnskap, men også det som er beskrevet som forbedringskunnskap. Denne type kunnskap består av kunnskap om prosess og system, kunnskap om variasjon og måling, kunnskap om arbeids- og endringspsykologi samt erfaringskunnskap.

Studier av lærende organisasjoner viser at organisasjoner som lykkes med å opprette en god læringskultur, arbeider grunnleggende og systematisk med organisasjonens visjon, verdier og mål.

Kvalitetsforbedring forutsetter en aktivitet for å følge med i og vurdere tjenestene. Dette forutsetter igjen kunnskap om og tilgang til eksisterende faktagrunnlag eller mulighet til å framskaffe nye data der data i dag mangler.

Arbeidet er komplekst og fordrer et lovverk som ivaretar arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet som viktige virksomhetsoppgaver

19.6.4.2 Definisjon av kvalitet

Det lovmessige minstekravet til helsetjenesten er faglig forsvarlighet. En overordnet målsetting er en helsetjeneste av god kvalitet. For å tydeliggjøre målsettingen om en helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet, mener departementet at kvalitetsbegrepet bør defineres i lovgivningen. Som det fremgår ovenfor er det ulike oppfatninger om hvordan kvalitet bør defineres. Etter departementets oppfatning bør utgangspunktet være definisjonen i Nasjonal helseplan 2007 – 2010 Det kan imidlertid være grunn til ytterligere å styrke brukerperspektivet, og departementet foreslår derfor å følge Kunnskapssenterets definisjon:

> 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 kunnskap.

Det er en løpende diskusjon om "gitt dagens ressursrammer" kan være en del av en kvalitetsdefinisjon; et bestemt nivå for f.eks. perinatal dødelighet representerer samme kvalitetsnivå for fødselsomsorgen uavhengig av ressursene som er stilt til rådighet for et lands helsesystem. Det diskuteres også om "gitt dagens kunnskap" bør inngå i definisjonen fordi det kan oppfattes som et slags minimumsnivå.

Departementet ber om synspunkter på den foreslåtte definisjonen. Definisjonen foreslås tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven og ny kommunal helse- og omsorgslov.

19.6.4.3 Innføring av krav om systematisk arbeid for å ivareta kvalitet. Forholdet til forsvarlighetskravet

Plikten til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester er en grunnpilar i helselovgivningen. Forsvarlighetskravet er nær knyttet til Statens helsetilsyns myndighet til å treffe administrative vedtak mot virksomheter og mot helsepersonell. Forsvarlighetskravet har fokus på nedre minimum – selv om Helsetilsynet i praksis også vil legge inn et krav om god organisering av tjenestene, jf. punkt 19.4.3.1.

Kvalitet kan ses på som en kontinuerlig størrelse som varierer langs en akse, mens forsvarlighetskravet representerer en nedre akseptabel kvalitetsgrense et sted på denne aksen.

Innføring av plikt for enhver som yter helse- og omsorgstjenester til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid er et *prosess*krav og ikke et krav til et bestemt nivå av kvalitet. Prosesskravet setter først og fremst et krav til systematisk styring og ledelse av den aktuelle helsetjenesten.

19.6.4.4 Innføring av krav til systematisk arbeid for å ivareta kvalitet. Forholdet til internkontroll

Det er etter departementets oppfatning viktig at kravet til internkontroll opprettholdes og at det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet integreres i dette systemet. Internkontrollforskriften inneholder i prinsippet minimumskrav til innhold i et

styringssystem (evt. kvalitetssystem). Direktør Lars E. Hansen sier i Tilsynsmelding 2009 fra Statens helsetilsyn: "Sett med våre augo skulle gjerne forskrifta [internkontrollforskriften] ha endra namn til forskrift om styringssystem i sosial- og helsetenesta. Det hadde vore ei kraftig påminning om at internkontroll eigentleg handlar om fagleg styring."

I praksis vil de ulike virksomhetene – fra store helseforetak til hjemmetjenester - ha ulike styrings- (kvalitets-) systemer hvor staten krever at det som minimum inneholder "systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes *i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen*" (internkontrollforskriften § 3). Den prosess og de elementer som beskrives i internkontrollforskriften per i dag representerer også kontinuerlig kvalitetsforbedring, men det settes ikke egentlig krav til kontinuerlig kvalitetsforbedring som gjelder kvalitet utover det som følger av lov og forskriftsbestemmelser. Det er iverksatt en rekke prosjekter og tiltak i helse- og omsorgstjenestene som ledd i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring. Nærmere omtale finnes på Helsedirektoratets nettsider: http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/ og på Kvalitetsforbedringsportalen under Helsebiblioteket: http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring.

Ulike kvalitetssystemer er tatt i bruk i helseforetakene, f.eks. benyttes EFQM (European Foundation for Quality Management og TQM (Total Quality Management). Systemene omfatter ikke bare det som kreves etter internkontrollforskriften. Det er for eksempel vanlig at de etter hvert inneholder kliniske retningslinjer og beskrivelse av behandlingsforløp. Eksempel på kontinuerlig kvalitetsforbedring kan være å ha et system som sikrer at kliniske retningslinjer og beskrivelse av behandlingsforløp er oppdatert og i samsvar med nasjonale retningslinjer, samt systemer for implementering og for å følge opp at de etterleves.

Kommunene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring på flere områder. Eksempler på dette er:

- saksbehandlingen ved søknad om tjenester, for å sikre at søkere får tildelt tjenester av riktig omfang og innhold
- legemiddelhåndtering i sykehjem og i hjemmesykepleien, for å sikre at rett legemiddel blir gitt til rett pasient til rett tid.
- Legemiddelbehandling med sikte på å unngå overforbruk og bruk av legemidler som gir uønskede interaksjoner.
- Ernæring til eldre: opplæring og rutiner for å sikre tilstrekkelig og riktig ernæring og rutiner for å følge med pasientenes ernæringstilstand.

Det er også gode eksempler på prosjekter med økt brukerinvolvering, bl.a. brukerstyrte plasser i psykiatrien – dvs. at pasienter med kjent behov for flere innleggelser selv er med å beslutte innleggelse. Hvis pasienten mener at han eller hun har behov for å legges inn kan de ringe og legge seg selv inn. (Eksempel fra Døgnenheten Tromsø ved Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, Universitetssykehuset Nord-Norge HF - http://www.helsebiblioteket.no/binary?id=16544).

Rapport fra prosjektet Kvalitetskommuner 2007-2010 er nettopp utgitt. Den viser at 138 kommuner har deltatt aktivt i Kvalitetskommuneprogrammet. I programmets database ble det høsten 2009 dokumentert 347 prosjekter, og flere er iverksatt etter det. Tiltak er iverksatt både på system-, medarbeider- og atferdsnivå. Parter i avtalen er staten, ved Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, KS og hovedsammenslutningene LO-kommune, YS-kommune, UNIO og Akademikerne. Videreføring av prosjektet finnes nå på nettstedet http://www.bedrekommune.no/bedrekommune/tillegg/kvalitetskommuner

Innføring av et lovbestemt krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid vil ikke stille krav til et bestemt nivå for kvalitet, men vil sette en retning og visjon for helse- og omsorgstjenestene som vil harmonere godt med det store arbeid som er nedlagt i alle deler av helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med implementering av de nasjonale kvalitetsstrategiene.

Innføring av et prosesskrav om kontinuerlig kvalitetsforbedring vil innebære at internkontrollsystemet også inkluderer kontinuerlig kvalitetsforbedring. På mange måter ligger dette allerede implisitt i eksisterende internkontrollsystemer fordi metoder og fokus for kvalitetsforbedring langt på vei overlapper med internkontrolltenkning og metodikk. Dette vil derfor ikke innebære vesentlige nye krav til virksomhetene. Tilsynsmyndighetene (Helsetilsynet i fylket/Statens helsetilsyn) vil på vanlig måte føre tilsyn med at virksomhetene har et internkontrolllsystem og at dette også omfatter kontinuerlig kvalitetsforbedring av tjenestene. Departementet foreslår at det gis en forskriftshjemmel knyttet til lovkravet om kontinuerlig kvalitetsforbedring. Bestemte krav til kvalitetsprosess kan da tas inn i internkontrollforskriften. Det samme gjelder krav til systematisk pasientsikkerhetsarbeid som behandles under pkt 19.5.2.1. Krav til kontinuerlig kvalitetsforbedring – inklusive kvalitetsforbedring av kjernevirksomheten (klinisk virksomhet mv.) - blir da integrert i internkontrollarbeidet. På denne måten blir internkontrollforskriften mer helhetlig og kan få enda tydeligere preg av å være et styringssystem for helse- og omsorgstjenester.

I likhet med Helsetilsynet mener departementet at internkontrollforskriften egentlig er en forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester. Helsetilsynet har jobbet systematisk i mange år for å implementere internkontroll som begrep i helsetjenestene og etter hvert også i sosialtjenestene. Det er færre og færre virksomheter og personell som ikke vet hva begrepet ”internkontroll” innebærer. Det er likevel spørsmål om internkontrollforskriften burde endre navn til forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester for å få tydeligere frem hva formålet med forskriften er og hva den egentlig regulerer. Departementet ber om høringsinstansenes syn på dette. Et særskilt spørsmål er hvem (hvilket nivå) som skal være pliktsubjektet for kravet til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Departementet mener at pliktsubjektet må være det samme som når det gjelder internkontroll og systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Det vises til drøftelsen under punkt 19.5.2.1

Det foreslås på denne bakgrunn en ny bestemmelse om plikt til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i ny helse- og omsorgslov § 4-2 og i spesialisthelsetjenesteloven ny § 3-4 b.

19.6.4.5 Lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav iht. forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

De overordede målene for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er å sørge for at alle med behov for slike tjenester får et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status. For funksjonshemmede er det et uttrykt mål at de skal ha full deltaking og likestilling i samfunnet. Kommunene må organisere et tilbud som ivaretar hensynet til endringer i befolkningens behov, og som sikrer kvalitet i tjenestene for alle brukergrupper.

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene søker å harmonisere regelverket i helse- og sosialtjenesten. Forskriften er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 6-9 og sosialtjenesteloven § 2-1, tredje ledd og § 4-6, og gjelder pleie- og omsorgstjenester som ytes etter begge disse lovene. Intensjonen er å få en pleie- og omsorgstjeneste med en helhetlig tilnærming til oppgavene og brukerne. Forskriften gir kommunene et verktøy for å stille krav til kvalitet på kommunale tjenester og tydeliggjøre for brukerne hvilke forventninger de skal ha til tjenestene.

Stortinget har i anmodningsvedtak nr. 189 3. desember 2007 uttalt følgende:

> "Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenestens sikres".

En samlet Helse- og omsorgskomité ønsker med dette å sørge for at de folkevalgte i kommunene deltar både i utarbeidelsen av kvalitetskravene og oppfølgingen av dem. Dette vil blant annet bidra til å øke det lokale engasjementet i forhold til innholdet i omsorgstjenesten og tydeliggjøre lokale folkevalgtes ansvar for kvalitet i tjenestene som ytes til befolkningen.

Ansvaret for et kvalitativt godt tjenestetilbud påhviler kommunen, og i siste instans kommunens folkevalgte ledelse. Departementet ønsker tydelig å forankre dette ansvaret hos kommunens øverste ledelse gjennom en slik endring av kvalitetsforskriften som Stortinget har bedt om. Departementet foreslår derfor at forskriftshjemmelen i tilknytning til kvalitet uttrykkelig gir departementet hjemmel til å stille krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.

19.6.4.6 Helsedirektoratets rolle som faglig veileder

De samlede forventninger til de offentlige helse- og omsorgstjenestene fra sentrale myndigheter framkommer i veiledere, retningslinjer, handlingsplaner, i lover og forskrifter, oppdragsdokumenter, gjennom tilsyn og på annen måte.

Helsedirektoratets *nasjonale faglige retningslinjer og veiledere* gir anbefalinger og råd som bygger på oppdatert kunnskap og gir uttrykk for hva direktoratet anser som god praksis på utgivelsestidspunktet. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten.

Målgruppen for direktoratets faglige retningslinjer og veiledere vil ofte være personell og ledere i primær- og/eller spesialisthelsetjenesten som arbeider på det aktuelle fagfeltet. Retningslinjer og veiledere utvikles i prosess med den utøvende tjenesten. Det er et overordnet hensyn at dialogen med de utøvende tjenestene er innrettet slik at den fremmer effektivitet og en hensiktsmessig fordeling av offentlige midler slik at befolkningen samlet sett får et best mulig tjenestetilbud.

Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk i helse- og omsorgstjenesten. Dersom tjenesteyteren velger en annen praksis enn det som foreslås i retningslinjer eller veiledere, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering.

Vurderingen og begrunnelsen skal dokumenteres, jf. forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal § 8 bokstav h hvor det fremgår at pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om "overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer". I departementets merknader til bestemmelsen heter det:

> "Når det settes i verk behandlingstiltak som fraviker gjeldende retningslinjer er det et særlig behov for å dokumentere hvorfor slik behandling er iverksatt. Av journalen skal det derfor fremgå at tiltaket fraviker retningslinjene og hvilke overveielser som har ledet frem til bruk av et slikt tiltak."

I en eventuell etterfølgende vurdering av helsehjelpens forsvarlighet, vil Helsetilsynet legge vekt på om relevante nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er fulgt. Dersom retningslinjene eller veilederne ikke er fulgt, vil det være sentralt om de vurderingene som begrunnet fravikelse, var forsvarlige. Det vises til Oslo byretts dom av 22. februar 1999 i Diprivan-saken hvor det blant annet var spørsmål om helsehjelpen var i samsvar med forsvarlighetskravet i legeloven § 25. Retten (side 32) slutter seg til uttalelse fra helsedirektør Mork som skal ha fremholdt at "dersom en lege velger å bruke et preparat utenfor godkjent indikasjon, må det skje på bakgrunn av medisinsk skjønn og en nøye vurdering av de medisinske fordeler for pasienten målt mot eventuelle bivirkninger – dog slik at det må utvises høy grad av ansvarlighet ved rutinebruk av et preparat". Saken gjaldt bruk av legemidler utenfor den indikasjon som var angitt i Felleskatalogen, men tilsvarende må så langt det passer gjelde fravikelse fra Helsedirektoratets retningslinjer og veiledere.

Helsedirektoratet har ansvar for å drifte og videreutvikle *nasjonale kvalitetsindikatorer*. Det er i dag ikke spesifisert i lov/forskrift hvilke kvalitetsdata som skal offentliggjøres. De kvalitetsdata som offentliggjøres er dermed valgt på faglig grunnlag ut fra en vurdering av at disse data vil være hensiktsmessige for å oppnå formålet. Det arbeides kontinuerlig for å forbedre kvalitetsindikatorene.

Helsedirektoratets rolle fremkommer i ulike styringsdokumenter, men ikke i den lovgivning som retter seg mot helsepersonell og helse- og omsorgstjenestene. Lovfesting

av denne rollen kan bidra til at Helsedirektoratets rolle blir tydeligere utad i helse- og omsorgstjenesten. For ordens skyld presiseres at Helsedirektotatet ikke kan pålegge rettslig bindende plikter uten å ha hjemmel i lov, jf. legalitetsprinsippet. Departementet foreslår at Helsedirektoratets arbeid med nasjonale faglige retningslinjer og veiledere samt ansvaret for å utvikle og offentliggjøre nasjonale kvalitetsindikatorer tas inn som egen bestemmelse i ny kommunal helse- og omsorgslov, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven. En slik lovforankring vil i hovedsak dekke helse- og omsorgstjenestens ytelser og vil ha som formål å understøtte helse- og omsorgstjenestens arbeid med kvalitet og prioritering.

19.7 Økonomiske og administrative konsekvenser

Innføring av lovbestemt krav til systematisk pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeid mv. i hele helse- og omsorgstjenesten vil innebære at det settes krav til prosess, men ikke krav til bestemt nivå for kvalitet eller pasientsikkerhet. Bestemmelsen gir en retning og visjon for helse- og omsorgstjenestene som vil harmonere godt med det store arbeid som er nedlagt i alle deler av helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med implementering av de nasjonale kvalitetsstrategiene. Dette vil harmonere godt med virksomhetenes årlige mål- og planprosess, som jo innebærer å vite hvor en er i dag, være enige om målsetningen fremover og lage en plan for hvordan en skal komme dit. Lovkravet vil være en fokusering på at kvalitetsforbedringsarbeid og pasientsikkerhetsarbeid skal være en del av de pågående prosesser i virksomhetene, og ikke noe tillegg til disse.

For spesialisthelsetjenesten vil dette ikke innebære merkostnader eller spesielle administrative tilpasninger. Spesialisthelsetjenesten er godt i gang med både kvalitetsforbedringsarbeid og etter hvert også systematisk pasientsikkerhetsarbeid; det er stilt krav til både kvalitet og pasientsikkerhet gjennom de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Kommunene driver også mange ulike kvalitetsforbedringsprosjekter; men variasjonen antas å være større. I den grad krav om systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid betyr at tjenestene må gjøre mer i forhold til dette enn de gjør i dag, så vil det også være mulig å spore innsparing av ressurser – tid og ekstra utgifter – på å unngå feil. Det er en misforståelse at det å arbeide med kvalitet vil øke ressursbruken – kvalitativt gode tjenester er effektive tjenester, som unngår sløsing av ressurser, er planlagt godt og der en lærer av feil. Feilbehandling i alle deler av tjenesten koster i dag svært mye penger og ressurser, og alle er tjent med å bruke ressursene på en bedre måte – samtidig med at brukerne får tilbud av bedre kvalitet og unngår feilbehandling. Dette vil like mye gjelde omsorgstjenester som helsetjenester.

Departementet mener derfor at innføring av krav om systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid heller ikke vil ha økonomiske eller administrative konsekvenser for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Å lovfeste Helsedirektoratets rolle som faglig veileder innebærer ikke endringer i forhold til den rollen Helsedirektoratet har i dag. Det innebærer heller ikke at statusen for

nasjonale faglige retningslinjer og veiledere endrer seg. De er juridisk sett fortsatt veiledende.

20 Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – materielle rettigheter

20.1 Innledning

Både kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven inneholder flere bestemmelser som gir den enkelte pasient/bruker rett til nærmere definerte tjenester eller ytelser fra kommunens helse- og/eller omsorgstjeneste.

Departementet skal i det videre redegjøre nærmere for de ulike rettighetsbestemmelsene, men vil innledningsvis påpeke en hovedforskjell når det gjelder hvordan rettighetsbestemmelsene er utformet i de ulike lovene. *Kommunehelsetjenesteloven* og *pasientrettighetsloven* benytter en rettslig standard for å angi hva en pasient har rett til, nærmere bestemt rett til "nødvendig helsehjelp". I tillegg inneholder begge disse lovene også enkelte bestemmelser som mer eksplisitt angir den enkelte pasients rettigheter. *Sosialtjenesteloven* benytter derimot ikke rettslige standarder på denne måten. Her angir rettighetsbestemmelsen kriterier for når en person har krav på hjelp, og viser til en annen bestemmelse når det gjelder spørsmålet om hva slags hjelp vedkommende har krav på. Departementet har redegjort nærmere for dette under punkt 20.5.

Redegjørelsen for den enkeltes rettigheter, må sees i sammenheng med kommunens plikter. Både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven angir kommunens plikter til å yte nærmere definerte tjenester eller å sørge for å løse nærmere bestemte oppgaver. I høringsnotatets kapittel 11 er det redegjort nærmere for disse pliktbestemmelsene, samt foreslått at disse samles i en felles bestemmelse i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

For en fullstendig oversikt over den enkelte pasient eller brukers totale rettighetsbilde, må de materielle rettigheter (som omtales i herværende kapittel) sees i sammenheng med såkalte prosessuelle rettigheter. I kapittel 21 har departementet redegjort nærmere for de prosessuelle rettigheter. Som det vil fremgå kan det diskuteres om prosessuelle rettigheter skal sees på løsrevet fra materielle rettigheter eller om de mer er å anse som utdypinger av de materielle rettigheter. De utfyller hverandre og det er nær innbyrdes sammenheng mellom dem. Blant annet forutsetter anvendelse av prosessuelle rettigheter i stor grad at den enkelte materielt sett har rett til nærmere definerte helse- og omsorgstjenester. Slik sett vil det i praksis ofte være nødvendig å se disse rettighetene i sammenheng. I denne fremstillingen finner imidlertid departementet det hensiktsmessig å behandle materielle og prosessuelle rettigheter i separate kapitler.

20.2 Gjeldende rett - helsetjenester

20.2.1 Rett til nødvendig helsehjelp

Kommunehelsetjenesteloven gir enhver som oppholder seg i kommunen *"rett til nødvendig helsehjelp"*, jf. § 2-1 første ledd. Tilsvarende gir pasientrettighetsloven pasienten *"rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten"*, jf. denne lovens § 2-1 første ledd andre punktum. Dette innebærer en dobbeltregulering av rett til helsehjelp fra kommunen/kommunehelsetjenesten. Bestemmelsene skal forstås likt, men klageordningen etter lovene er forskjellig, jf. nærmere om dette i kapittel 26.

I pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c) er "helsehjelp" definert som *"handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell"*. Begrepet er definert noe annerledes i helsepersonelloven § 3 tredje ledd ved at "pleie- og omsorgsformål" ikke er nevnt eksplisitt, men i praksis legges det til grunn at begrepet skal forstås på samme måte som etter pasientrettighetsloven.

I kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven er det ikke presisert hva slags hjelp disse rettighetsbestemmelsene konkret gir rett til. I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven er det lagt til grunn at "nødvendig helsehjelp" i henhold til denne loven er definert gjennom lovens § 1-3. Det er en forutsetning at behov for nødvendig helsehjelp som krever annen kompetanse enn det kommunehelsetjenesten kan (eller skal) tilby, henvises til spesialisthelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven blir tolket slik at de gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig vurdering av behov. I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven, jf. Ot. prp. nr. 36 (1980-81), er det påpekt at det rettskravet en pasient vil ha overfor kommunen, ikke kan være ubegrenset. Videre er det uttalt: *"Hjelpen må være nødvendig, og det må ligge innen kommunens muligheter å yte den (...) Den hjelp det vil være spørsmål om, vil være høyst forskjellig og bero på medisinsk skjønn"*.

Det framgår av forarbeidene at det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp, og at omfang og nivå på hjelpen må overlates til praksis og vurderes konkret. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Det forutsettes at det finnes et "minstekrav" som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Dette er også lagt til grunn i rettspraksis, jf. særlig den såkalte *"Fusa-dommen"* (Rettstidende 1990 side 874). Når det gjelder kriteriet nødvendig helsehjelp, er det med støtte i forarbeidene også lagt til grunn at det må tas hensyn til en rettferdig fordeling mellom pasienter med sammenlignbare behov.

Selv om en person har krav på hjelp etter kommunehelsetjenesteloven eller pasientrettighetsloven, betyr ikke det at vedkommende har krav på en bestemt type hjelp fra kommunen. Dette innebærer at det reelle innholdet i rettighetsbestemmelsene er begrenset. Det er opp til kommunen eller det enkelte helsepersonell å bestemme hva slags

hjelp som skal tilbys, ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. Slik sett kan en kommune fatte vedtak om tilbud om hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester, framfor vedtak om tildeling av sykehjemsplass. Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i lovene er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til tjenestemottakerens ønsker og synspunkter.

Adgang til å sette vilkår for å gi hjelp er ikke regulert i kommunehelsetjenesteloven eller pasientrettighetsloven. Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak gjelder ikke ved tildeling av helsehjelp etter disse lovene, bortsett fra *"vedtak om hjemmesykepleie og tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie"*, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Det er lagt til grunn at det ved tildeling av disse tjenestene gjelder et ulovfestet forvaltningsrettlig prinsipp om adgang til å sette vilkår.

20.2.2 Rett til øyeblikkelig hjelp

I pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum er det presisert at pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Dette innebærer en plikt både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten til å yte helsehjelp når hjelpen er påtrengende nødvendig. Vurderingen av hva som er påtrengende nødvendig, må avgjøres ut fra forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle. Retten til øyeblikkelig hjelp korresponderer med helsepersonellets plikt til å gi øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven § 7.

20.2.3 Særlige rettigheter for barn

I kommunehelsetjenesteloven § 2-2 første ledd er det presisert at barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Slik rett til helsekontroll kommer i tillegg til den rett barnet har til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1.

Av bestemmelsens andre ledd fremgår at foreldre plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll. Bestemmelsen innebærer at helsetjenesten kan pålegge foreldrene å medvirke til at barnet får helsekontroll. Et slikt pålegg vil være et enkeltvedtak som kan være gjenstand for klage. Helsetjenesten har imidlertid ingen sanksjonsmuligheter dersom foreldrene ikke følger opp denne bistandsplikten. I slike tilfeller må helsetjenesten vurdere om barnevernet skal underrettes, jf. barnevernloven kapittel 6 om meldeplikt og taushetsplikt og kapittel 4 om særlige tiltak.

At barn har rett til slik helsekontroll følger også av pasientrettighetsloven § 6-1. Ordlyden her er den samme som i kommunehelsetjenesteloven § 2-2 første ledd og bestemmelsene skal forstås på samme måte. I pasientrettighetsloven §§ 6-2 til 6-4 er det gitt nærmere bestemmelser om barns rett til samvær med foreldrene, aktivitet og undervisning i forbindelse med opphold i helseinstitusjon.

20.3 Gjeldende rett – sosiale tjenester

20.3.1 Rett til sosiale tjenester

Som nevnt innledningsvis benytter ikke sosialtjenestelovens rettighetsbestemmelse seg av rettslige standarder på samme måte som pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven. I sosialtjenesteloven angir rettighetsbestemmelsen kriterier for når en person har krav på hjelp, og viser til en annen bestemmelse når det gjelder spørsmålet om hva slags hjelp vedkommende har krav på, nærmere bestemt ved at det i § 4-3 heter: *"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 "*. Når det gjelder det nærmere innhold i § 4-2 viser departementet til høringsnotatets punkt 11.3.

Den som oppfyller vilkårene i § 4-3 har et rettskrav på sosiale tjenester og ytelsene må tilfredsstille et forsvarlig minstenivå. Bestemmelsen tar sikte på den som ved egen omsorg ikke klarer å fungere i dagliglivet. Bestemmelsen omfatter ikke bare de helt hjelpeløse, men også de som er delvis funksjonshemmet og de som har store vanskeligheter med å greie seg i dagliglivet.

I forarbeidene til sosialtjenesteloven, jf. Ot. prp. nr. 29, 1990-91, er det påpekt at det er viktig at de brukerne som har størst hjelpebehov, får de tjenester som er nødvendig. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Selv om en person har krav på hjelp etter sosialtjenesteloven, betyr ikke det at vedkommende har krav på en bestemt type hjelp fra kommunen. Det er opp til kommunen å bestemme hva slags hjelp som skal tilbys, ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsen i loven er utgangspunktet og i tillegg vil opplistingen i § 4-2 av hva de sosiale tjenester skal omfatte legge føringer for hvilke rettigheter den enkelte har. Det konkrete innhold i hjelpen vil imidlertid kunne variere fra person til person etter en konkret vurdering av vedkommendes behov.

Sosialtjenesteloven blir tolket slik at den gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp, og omfang og nivå på hjelpen må overlates til praksis og konkret vurdering. Det forutsettes at det finnes et minstenivå som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Dette er også lagt til grunn i rettspraksis, jf. særlig *"Fusa-dommen"* (Rettstidende 1990 side 874).

Retten gjelder uavhengig av den omsorgstrengendes økonomiske situasjon, men i henhold til sosialtjenesteloven § 11-2 kan kommunen kreve vederlag.

Adgang til å sette vilkår for tildeling av hjelp var i sosialtjenesteloven tidligere lovfestet for økonomisk stønad, jf. nå lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 20 hvor det heter:

”Det kan settes vilkår for tildeling av økonomisk stønad, herunder at mottakeren i stønadsperioden skal utføre passende arbeidsoppgaver i bostedskommunen, se også § 21 tredje ledd og § 25.

Vilkårene må ha nær sammenheng med vedtaket. De må ikke være uforholdsmessig byrdefulle for stønadsmottaker eller begrense hans eller hennes handle- eller valgfrihet på en urimelig måte. Vilkårene må heller ikke være i strid med andre bestemmelser i loven her eller andre lover.”

Ved tolking og praktisering av sosialtjenesteloven er det lagt til grunn at det gjelder et ulovfestet forvaltningsrettslig prinsipp om adgang til å knytte vilkår til begunstigende vedtak, det vil si også vedtak som ikke gjelder økonomisk stønad. I likhet med det som er lovfestet for økonomisk stønad, er det lagt til grunn at vilkåret må ha nær sammenheng med vedtaket, og at det ikke må begrense tjenestemottakerens handle- eller valgfrihet på en urimelig måte. Tjenestetilbudet med vilkår må til sammen være forsvarlig.

20.3.2 Rett til vedtak om tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver

Av sosialtjenesteloven § 4-4 følger at ”*(D)e som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at sosialtjenesten treffer vedtak om det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i.”*

Bestemmelsen gir i seg selv ingen materiell rett til tjenester, men gir en rett til vedtak som gir svar på om det skal settes inn hjelp og i tilfelle hvilke tiltak.

20.3.3 Rettigheter under opphold i institusjon/bolig etter sosialtjenesteloven kapittel 7

En institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 7 skal drives slik at beboerne selv kan bestemme i personlige spørsmål og ha det samkvem med andre som de selv ønsker, så langt det er forenlig med formålet ved oppholdet og med institusjonens/boligens ansvar for driften, herunder ansvaret for trygghet og trivsel.

Kapittel 7 regulerer boliger med heldøgns omsorgstjenester for dem som på grunn av alder, funksjonshemming, rusmiddelmisbruk eller av andre årsaker har behov for dette, jf. § 7-5. § 7-11 regulerer beboernes rettigheter, som retten til å bevege seg både i og utenfor institusjonen/boligen. Videre fastslås at det for eksempel ikke er tillatt å refse en person fysisk, bruke tvangstiltak eller føre kontroll med beboernes korrespondanse. Det er gitt nærmere bestemmelser i forskrift om dette, jf. § 7-11 annet ledd.

20.4 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

20.4.1 Forslag i NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten

20.4.1.1 Utvalgets forslag til rettighetsbestemmelser

Bernt-utvalget foreslo i NOU 2004: 18 en bestemmelse om at den som oppholder seg i kommunen, ut fra en *”individuell vurdering”* av vedkommendes behov, skulle ha krav på *”nødvendig hjelp ved sosiale og helsemessige problemer”*, jf. lovutkastet § 3-1 nr. 1.

Forslaget inneholdt en opplisting i sju underpunkter av hva slags hjelp vedkommende kunne ha krav på, samtidig som det fremgikk at opplistingen ikke var ment å skulle være uttømmende.

Utvalget foreslo også at barn under 16 år skulle ha rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroll, og at foreldrene skulle ha plikt til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll, jf lovutkastet § 3-1 nr. 2. I samme paragraf nr. 3 ble det foreslått en egen bestemmelse om at den som har særlig tyngende omsorgsarbeid, skulle ha krav på at det settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, som avlastning og omsorgslønn. Det ble også foreslått at den som har omsorgsarbeid, skulle kunne kreve at kommunen treffer særskilt vedtak om det skal iverksettes avlastningstiltak eller gis omsorgslønn.

20.4.1.2 Utvalgets forslag til nye regler om vilkår for tildeling av tjenester

Utvalget foreslo nye regler om bruk av vilkår ved tildeling av sosial- og helsetjenester, jf. lovutkastet § 3-2. Forslaget gikk ut på at det ved tildeling av tjenester skulle kunne settes vilkår når dette var *"egnet for å realisere formålet med tjenesten eller nødvendig for at denne skal kunne utføres på en forsvarlig måte i forhold til tjenestemottaker og i forhold til tjenesteyters arbeidsmiljø"*. Ifølge utvalget skulle vilkår bare settes der det ikke var mulig å komme fram til en tilfredsstillende ordning ved en frivillig avtale, og vilkårene måtte *"ikke være uforholdsmessig byrdefulle for tjenestemottaker eller begrense hans eller hennes handle- eller valgfrihet på en urimelig måte."* Utvalget foreslo også at det ble lovfestet en adgang til å fatte vedtak om reduksjon eller endring av tjenestetilbudet hvis lovlig satte vilkår ikke ble oppfylt.

20.4.2 Forslag i NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste

20.4.2.1 Styrking av pasientperspektivet

Wisløff-utvalget har i NOU 2005: 3 ikke foretatt noen samlet gjennomgang av rettighetsreguleringen av tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Utvalget foreslo imidlertid flere enkeltstående tiltak rettet mot å styrke pasientens stilling i helsetjenesten, og da spesielt pasientens muligheter til å fremme krav om, bidra til og dra nytte av bedre samhandling i helsetjenesten.

Utvalget viste til at tjenesteytere må legge pasientperspektivet til grunn for sitt arbeid rettet mot enkeltbrukere og at forholdene må legges til rette for at brukeren kan medvirke i henhold til pasientrettighetsloven. I tillegg til den enkeltes rett til medvirkning, påpekte utvalget også nødvendigheten av å gi rom for brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning.

Utvalget viste til at dette i spesialisthelsetjenesten er regulert i helseforetaksloven § 35 og at det med utgangspunkt i disse bestemmelsene er etablert brukerutvalg knyttet til ledelsen av samtlige regionale helseforetak, og etter hvert også i de enkelte helseforetak. Utvalget foreslo derfor at det ble innført tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven som i helseforetaksloven. Utvalget mente at en slik bestemmelse må inneholde et krav om at kommunehelsetjenesten skal sørge for at

virksomheter som yter helsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med disse, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

20.4.2.2 Styrking og endring av ordningen med individuell plan

Utvalget foreslo flere konkrete tiltak for å styrke arbeidet med individuell plan, samt også forslag om konkrete endringer av ordningen. Departementet viser i denne forbindelse til høringsnotatets punkt 22.2.2 hvor det er redegjort nærmere for dette, samt også ordningen med pasientansvarlig lege.

20.4.2.3 Pasientopplæring og informasjon

Utvalget foreslo å styrke pasienters rett til opplæring med sikte på bedre mestring av egen situasjon. Utvalget mente at retten til pasientopplæring måtte forankres som en individuell rettighet i pasientrettighetsloven. Utvalget foreslo derfor å innføre en bestemmelse i pasientrettighetsloven som skulle sikre at pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemning blir gitt tilbud om pasientopplæring, dersom dette kan bidra til å øke eller opprettholde selvstendighet og funksjonsevne. Utvalget foreslo at man skulle bygge videre på modellen med lærings- og mestringssentra som et opplæringstilbud til personer som har kronisk sykdom/funksjonshemming og at denne modellen videreutvikles. Utvalget foreslo også at helsetjenesten, sammen med brukerorganisasjonene, skulle styrke informasjonsarbeidet overfor pasientgrupper som ikke selv aktivt søker informasjon.

20.4.3 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmeldingen inneholder ingen samlet gjennomgang av rettighetsreguleringen av tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tilknytning til en vurdering av utvikling i omsorgstjenesten er det imidlertid på side 57 blant annet uttalt:

> "I det videre arbeidet med oppfølgingen av samhandlingsreformen vil regjeringen vurdere behov for endringer i dagens lovgivning. Det arbeides med sikte på at det i 2010 skal legges fram forslag til oppfølging av forslagene i NOU 2004: 18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene – samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester (Bernt-utvalget). Arbeidet med saken er blitt forskjøvet for å kunne gi forslagene til ny helse- og omsorgslov og forslagene i samhandlingsreformen en helhetlig behandling. Dette vil, sett i sammenheng med ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen som om kort tid legges fram av regjeringen, gi en helhetlig oppfølging av den samlede helse- og omsorgssektor."

I forlengelsen av dette uttales det blant annet:

> "I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2008 inngikk regjeringspartiene et forlik med Kristelig Folkeparti og Venstre om konkretisering av Omsorgsplan 2015. Regjeringen er også i gang med å vurdere hvordan avtalen om å utarbeide en verdighetsgaranti i forbindelse med arbeidet med ny felles helse- og sosiallovgivning skal følges opp. Utgangspunktet var at dette skulle behandles i tilknytning til arbeidet med felles

helse- og sosiallovgivning. Oppfølgingen av verdighetsgarantien vil, etter at samhandlingsreformen er lagt fram, kunne legges fram som egen sak og vil ikke nødvendigvis være avhengig av tidspunktet for oppfølgingen av forslagene i NOU 2004: 18. Regjeringen vil komme tilbake til dette på et senere tidspunkt."

I meldingens kapittel 15 om krav til ledelse og organisering er det om behovet for mer systematisk organisering av brukermedvirkning blant annet uttalt:

"En av hovedkonklusjonene i reformarbeidet er behovet for å understøtte brukernes evne til å mestre egen helse. Det kan bare gjøres gjennom aktiv deltakelse fra brukerne selv, både på systemnivå i arbeidet med å organisere tilbud, og på individnivå, gjennom måten den enkelte gis mulighet til individuell tilpassning av tilbudet. Erfaringene fra organisering av brukerutvalg i helseforetakene har gitt brukerne medinnflytelse på systemnivå som det er nødvendig å utvikle også i kommunene."

Meldingen inneholder også en rekke vurderinger av dagens ordning med individuell plan og behovet for å styrke det koordinerende arbeidet i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Departementet viser til høringsnotatets kapittel 22 og kapittel 23 hvor det er redegjort nærmere for dette.

20.5 Departementets vurderinger og forslag

20.5.1 Nærmere om dagens rettighetsregulering

Som nevnt innledningsvis inneholder både pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven bestemmelser som gir den enkelte pasient/bruker rett til nærmere definerte tjenester eller ytelser fra kommunens helse- og/eller omsorgstjeneste. Rettighetsbestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven benytter en rettslig standard for å angi hva en pasient har rett til (rett til "nødvendig helsehjelp"), i tillegg til at begge lovene også inneholder enkelte bestemmelser som mer konkret angir den enkelte pasients rettigheter. Sosialtjenesteloven benytter ikke rettslige standarder på denne måten, men her angir rettighetsbestemmelsen kriterier for når en person har krav på hjelp, og viser til en annen bestemmelse når det gjelder spørsmålet om hva slags hjelp vedkommende har krav på.

Begge lovene forutsetter at det fins et minstenivå som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Dette er også lagt til grunn i rettspraksis, jf. særlig den såkalte *"Fusa-dommen"* (Rettstidende 1990 side 874). Når det gjelder kriteriet nødvendig helsehjelp, er det med støtte i forarbeidene også lagt til grunn at det må tas hensyn til en rettferdig fordeling mellom pasienter med sammenlignbare behov.

Selv om en person har krav på hjelp etter kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven eller sosialtjenesteloven, betyr ikke det at vedkommende har krav på en bestemt type hjelp fra kommunen. Dette innebærer at det reelle innholdet i rettighetsbestemmelsene er begrenset. Utgangspunktet er at det er opp til kommunen å bestemme hva slags hjelp som skal tilbys, ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har.

Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i lovene må tillegges vekt, og det skal tas hensyn til tjenestemottakerens ønsker og synspunkter.

20.5.2 Strukturelle valg ved utforming av ny lovregulering

En felles lov for kommunale helse- og omsorgstjenester

Som nevnt blant annet i høringsnotatets kapittel 11 inneholder både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven bestemmelser om henholdsvis kommunens *plikter* og pasientens/brukerens *rettigheter*. Etter departementets vurdering kan det være uheldig med en slik blanding av plikter og rettigheter i lover som i utgangspunktet skal regulere kommunenes tjenester/plikter på dette området. For det første kan det gjøre regelverket mindre oversiktlig eller tilgjengelig dersom rettigheter og plikter kommer om hverandre i en og samme lov. For det andre har man på helseområdet allerede samlet de fleste rettighetsbestemmelser i pasientrettighetsloven og en "dobbeltregulering" av rettighetene kan skape uklarhet om hva som gjelder. For ordens skyld viser departementet til at man allerede i dag har en viss dobbeltregulering når det gjelder den enkeltes materielle rett til helsehjelp, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd.

Departementet har derfor i kapittel 11 tilrådd at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad innrettes mot en rendyrket "pliktlov" eller "tjenestelov" for kommunen. Det kan imidlertid være behov for enkelte unntak her, jf. særlig reglene om tvang som omtales i høringsnotatets kapittel 33 og kapittel 34.

Samling av den enkeltes rettigheter i pasientrettighetsloven

I og med at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester etter forslaget rettes inn mot å bli en ren pliktlov/tjenestelov, mener departementet at flest mulig av de rettighetsbestemmelser som i dag fremgår av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, bør samles i pasientrettighetsloven. For den enkelte pasient/bruker vil det være en fordel at man i størst mulig grad kan forholde seg til en enkelt lov for å avklare sine rettigheter. Departementet legger til grunn at dagens samlede rettighetsomfang skal videreføres.

Lik/felles rettighetsbestemmelsene for både helse- og omsorgstjenester?

Under henvisning til redegjørelsen under punkt 20.5.1 legger departementet til grunn at rettighetsbestemmelsene for nødvendige tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven/kommunehelsetjenesteloven på den ene siden og sosialtjenesteloven på den andre siden, i praksis langt på vei tolkes likt når det gjelder vilkårene for å utløse en rettighet. Dette gjelder selv om rettighetsbestemmelsene er ulikt utformet. Dette kan tale for at rettighetsbestemmelsen for tjenester i henhold til ny kommunal helse- og omsorgslov bør utformes som en felles bestemmelse med like vilkår.

En harmonisering av dagens rettighetsbestemmelser vil også innebære en forenkling for den enkelte pasient/bruker og for forvaltningen.

Når dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov skal slås sammen og harmoniseres i en felles kommunal helse- og omsorgslov, kan også lovtekniske hensyn

tale for at det utformes likelydende rettighetsbestemmelse for henholdsvis helsetjenester og omsorgstjenester.

Det er i mange tilfeller nær sammenheng mellom de ulike tjenester den enkelte mottar, for eksempel hjemmesykepleie (med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven) og hjemmehjelp (med hjemmel i sosialtjenesteloven). For den enkelte mottager av tjenestene er helheten og det totale tjenestetilbudet viktigst. Dette kan tale for at det ved regulering av hvordan tjenestene skal tildeles, bør legges opp til mest mulig likeartet rettighetsregulering. Departementet viser også til at likeartede tjenester som ytes med hjemmel i ulikt regelverk, for eksempel pleie- og omsorgstjenester, bør være undergitt likelydende rettighetsregulering.

På den annen side kan det anføres argumenter mot en slik felles regulering. Det er lang tradisjon for å regulere rettighetsspørsmålet på ulik måte innenfor henholdsvis helse- og sosial-/omsorgssektoren. En sammenslåing med likelydende rettighetsregulering, kan skape misforståelser om regelverket eller medføre ulik praksis. Dette kan spesielt tenkes for de tidligere sosiale tjenestene som vil "miste" sitt tilleggsvilkår for utløsning av en rettighet. Dette kan oppfattes som at rettighetsbestemmelsen blir mer uklar og skjønnsbasert enn dagens regulering, noe som kan gi utilsiktede utslag og som i praksis kan bli oppfattet som en innstramming av gjeldende rett.

Den forskjell som det i dag er når det gjelder hvordan beslutninger fattes på henholdsvis helsesektoren og sosial-/omsorgssektoren, kan også tale for ulik rettighetsregulering. For helsetjenestenes vedkommende vil det i stor utstreking være snakk om beslutninger som treffes i klinisk virksomhet, nærmere bestemt i møtet mellom pasient og behandler, og ikke beslutninger i form av enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. I slik klinisk virksomhet vil den konkrete og individuelle helsefaglige vurderingen bli det sentrale i forhold til rettighetsvurderingen og beslutninger nedfelles ikke i form av skriftlige vedtak. For sosial-/omsorgstjenester vil derimot forholdet ofte være det motsatte, nemlig at beslutninger treffes som enkeltvedtak i henhold til forvatningsloven. Dette kan tilsi at vilkårene for rettigheter i form av forvaltningsavgjørelser bør være mer utdypende eller eksplisitte når det gjelder tildeling av sosial-/omsorgstjenester, enn vilkårene for å beslutte tildeling av helsetjenester. Departementet vil imidlertid vise til det unntak som allerede i dag følger av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 fjerde ledd om hjemmesykepleie og plass i sykehjem/boform for heldøgns omsorg og pleie. Her treffes det beslutninger i form av enkeltvedtak og forskjellen når det gjelder hvordan beslutninger fattes på henholdsvis helsesektoren og sosial-/omsorgssektoren er således ikke gjennomgående. Departementet viser til kapittel 9 hvor forholdet til forvaltningsloven vurderes nærmere.

20.5.3 Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester

Etter en helhetsvurdering foreslår derfor 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.

Dagens pasientrettighetslov § 2-1 regulerer rettighetene både overfor kommunehelsetjenesten (første ledd, første og andre punktum, og sjette ledd) og overfor

spesialisthelsetjenesten (første ledd første punktum, og andre til syvende ledd). For å tydeliggjøre den enkeltes rettigheter foreslår departementet å dele opp dagens § 2-1 i to bestemmelser, hvoretter § 2-1a foreslås å gjelde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens § 2-1b foreslås å gjelde for spesialisthelsetjenesten.

I samsvar med ovennevnte foreslår departementet å lovfeste en rett til "nødvendige helse- og omsorgstjenester". Den foreslåtte pasientrettighetslov § 2-1a andre ledd skal innebære en videreføring av dagens pasientrettighetslov § 2-1 første ledd andre punktum. Når det gjelder rett til øyeblikkelig hjelp vises det til punkt 20.5.4.

Dagens regulering av rett til "nødvendig helsehjelp" i pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd andre punktum er en rettslig standard som ble innført da kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt i 1982. Etter hvert har denne standarden festet seg og den ble også nedfelt i pasientrettighetsloven da den ble vedtatt i 1999.

Som nevnt legger departementet til grunn at rettighetsbestemmelsene for nødvendige tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven/kommunehelsetjenesteloven på den ene siden og sosialtjenesteloven på den andre siden, i praksis langt på vei tolkes likt når det gjelder vilkårene for å utløse en rettighet. Uavhengig av forskjellig utforming av rettighetsbestemmelsene blir både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven tolket slik at de gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov. Etter departementets vurdering kan derfor dagens mer detaljerte utforming av rettigheter etter sosialtjenesteloven § 4-3 erstattes av den rettslige standarden "nødvendige helse- og omsorgstjenester". Slik endret måte å rettighetsfeste sosiale tjenester på, skal innebære en videreføring av gjeldende rett, og er ikke ment som noen utvidelse eller innskrenking av den enkeltes rett til tjenester som i dag er omfattet av sosialtjenesteloven.

I forslaget til ny § 2-1a fjerde ledd foreslås videreført den forskriftshjemmel som i dag følger av pasientrettighetsloven § 2-1 sjette ledd.

20.5.4 Rett til øyeblikkelig hjelp

Pasientens rett til øyeblikkelig hjelp følger av pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum. Bestemmelsen gjelder "helsehjelp" og motsvares ikke av noen tilsvarende bestemmelse i sosialtjenesteloven om rett til "øyeblikkelig sosialhjelp"

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i pasientrettighetsloven og ser ikke behov for å innføre noen særskilt rettighetsfesting av "øyeblikkelig omsorgs- eller sosialhjelp".

Som nevnt i punkt 20.5.3 regulerer dagens pasientrettighetslov § 2-1 rettighetene både overfor kommunehelsetjenesten (første ledd, første og andre punktum, og sjette ledd) og overfor spesialisthelsetjenesten (første ledd første punktum, og andre til syvende ledd). For å tydeliggjøre den enkeltes rettigheter foreslår departementet å dele opp dagens § 2-1 i to bestemmelser, hvoretter § 2-1a skal gjelde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens § 2-1b foreslås å gjelde for spesialisthelsetjenesten. I samsvar

med dette foreslår departementet at den enkeltes rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen inntas som første ledd i § 2-1a.

20.5.5 Barns rett til helsekontroll

Som nevnt ovenfor under punkt 20.2.3 er det i kommunehelsetjenesteloven § 2-2 første ledd presisert at barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Slik rett til helsekontroll kommer i tillegg til den rett barnet har til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Av bestemmelsens andre ledd fremgår at foreldre plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.

At barn har rett til slik helsekontroll følger også av pasientrettighetsloven § 6-1. Ordlyden her er den samme som i kommunehelsetjenesteloven § 2-2 første ledd og bestemmelsene skal forstås på samme måte. I pasientrettighetsloven §§ 6-2 til 6-4 er det gitt nærmere bestemmelser om barns rett til samvær med foreldrene, aktivitet og undervisning i forbindelse med opphold i helseinstitusjon.

Departementet viser til at det av forslaget til kommunal helse- og omsorgslov (direkte eller indirekte) følger at kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder også nødvendige helse- og omsorgstjenester for barn og unge. Det vil således ikke være behov for å videreføre dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven 2-2 første ledd, idet barns rett til helsekontroll allerede vil være dekket opp i pasientrettighetsloven § 6-1.

Kommunehelsetjenesteloven 2-2 andre ledd om foreldrenes medvirkningsplikt motsvares imidlertid ikke av noen korresponderende bestemmelse i pasientrettighetsloven kapittel 6. Som nevnt innledningsvis innebærer bestemmelsen at helsetjenesten kan pålegge foreldrene å medvirke til at barnet får helsekontroll. Et slikt pålegg vil være et enkeltvedtak som kan være gjenstand for klage. Helsetjenesten har imidlertid ingen sanksjonsmuligheter dersom foreldrene ikke følger opp denne bistandsplikten. I slike tilfeller må helsetjenesten vurdere om barnevernet skal underrettes, jf. barnevernloven kapittel 6 om meldeplikt og taushetsplikt og kapittel 4 om særlige tiltak.

Departementet ønsker å videreføre bestemmelsen og foreslår å endre pasientrettighetsloven § 6-1 slik at denne samsvarer med dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven 2-2 andre ledd. Bestemmelsen skal verne barn og sikre dem nødvendig helsetjeneste og bør derfor videreføres. Departementet ser imidlertid at det kan diskuteres hvorvidt en slik bestemmelse passer inn i pasientrettighetsloven, idet man her pålegger foreldre en *plikt*. På den annen side vil en videreføring av bestemmelsen ikke passe inn i forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, idet man her i hovedsak regulerer kommunens plikter, og ikke den enkelte pasient/brukers plikter.

Departementet foreslår derfor at bestemmelsen videreføres som nytt andre ledd i pasientrettighetsloven § 6-1.

20.5.6 Rett til verdig tjenestetilbud

Departementet sendte juni 2009 et forslag om endringer i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 om rett til helsehjelp på høring. Departementet foreslo å presisere innholdet i begrepet nødvendig helsehjelp ved å fremheve begrepet verdighet som et grunnleggende element i helsetjenesten. Bakgrunnen for forslaget var at det i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2008 ble inngått en avtale mellom Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Venstre om Omsorgsplan 2015. I avtalen heter det blant annet at partene er enige om at det "*i arbeidet med en felles helse- og sosiallovgivning, skal utformes en verdighetsgaranti som blant annet hensyntar forslagene i Dok 8:104 om en verdighetsgaranti og kvalitetsforskriften, herunder dagtilbud, måltider osv*".

I høringsnotatet ble det vist til at regjeringen gjennom Omsorgsplan 2015 har tatt grep om kvalitets-, kapasitets- og kompetanseutfordringene i omsorgstjenesten. I tillegg til dette viste departementet til at det var nødvendig å vurdere lovvirkemiddelet for å sikre at enkeltgrupper ikke kommer urimelig ut i forhold til den generelle innsatsen i omsorgstjenesten. Det ble derfor foreslått å presisere kommunehelsetjenesteloven slik at det klart fremgår at enhver har rett til et verdig tjenestetilbud når han eller hun har behov for det.

Gode helse- og omsorgstjenester handler ikke bare om tilgang til tjenester, innhold og omfang, men også om at tjenestene henger sammen på en forsvarlig og god måte. Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene har stor oppmerksomhet rettet mot pleie- og omsorgstjenestene. Mange virksomheter leverer tjenester med god kvalitet, men det er fortsatt mye ugjort og tilsynet rapporterer om gjentagende svikt i tjenestene.

Retten til helse- og omsorgstjenester går så langt som den enkeltes behov tilsier. Kommunens forpliktelse blir etter lovens system utløst av pasientens hjelpebehov. Det har vært en utvikling av rettighetstenkning og krav til brukermedvirkning innen helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen har gått fra å betrakte brukeren som en passiv mottaker av tjenester, til å legge til rette for at brukeren er en aktiv, medvirkende mottaker av helse- og omsorgstjenester. Denne utviklingen gir mindre rom for standardiserte løsninger. Det stilles større krav til kommunene om å organisere sine tjenester tilrettelagt for individuelle løsninger ut fra den enkeltes grunnleggende behov. En av gruppene som har omfattende tjenestebehov er de sykeste eldre. De sykeste eldre kan ha flere behandlingstrengende diagnoser og funksjonstap samtidig, slik som sansetap, redusert bevegelighet og kognitiv svikt. Mange trenger hjelp til det meste i hverdagen, som forflytning, medisinsk og pleiefaglig hjelp, hjelp til å gi hverdagen innhold, hjelp for å oppleve trygghet og hjelp for å kunne delta i fellesskap med andre.

Under høringsrunden var høringsinstansene gjennomgående positive til intensjonene i forslaget. En rekke høringsinstanser var imidlertid av den oppfatning at de forslagene som ble fremlagt i høringsnotatet allerede kan utledes av dagens forsvarlighetskrav og krav til kvalitet i tjenesten som kan utledes av kommunehelsetjenesteloven.

Departementet vil i denne sammenheng vise til at kravet til forsvarlighet innenfor helse- og omsorgstjenesten har utviklet seg over tid. Den utvikling det er redegjort for ovenfor har også påvirket forståelsen av innholdet i forsvarlighetskravet. Et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, vil heller ikke kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud. Departementet deler derfor høringsinstansenes oppfatning om at kravet til et verdig tjenestetilbud allerede i dag kan innfortolkes i dagens forsvarlighetskrav. Ved å fremheve begrepet verdighet tydeliggjøres at dette er et grunnleggende element i en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste. Forslaget innebærer en videreføring av dagens omfang av oppgaver og plikter for kommunene. Det er på denne bakgrunn departementet foreslår en presisering i pasientrettighetsloven hvor det fremgår at enhver har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med forslaget til forsvarlighetsbestemmelsen i helse- og omsorgsloven § 4-1. Henvisningen til helse- og omsorgsloven § 4-1 er foretatt for å vise at retten til et verdig tjenestetilbud faller inn under – og er en del av - det generelle forvarlighetskravet.

I høringsnotatet av juni 2009 ble det også lagt frem forslag om en forskrift om en verdig eldreomsorg. En rekke høringsinstanser, herunder Eldreombudet i Oslo, Pasient- og brukerombudene, Statens seniorråd og flertallet av fylkesmennene/fylkeslegene mener det er uheldig å innføre en forskrift om et verdig tjenestetilbud som avgrenses til eldreomsorgen. Det vises til at dette bidrar til en forståelse av eldreomsorg som en særomsorg, noe som er uheldig i forståelsen av denne brukergruppen. Departementet vil i denne sammenheng vise til at retten til et verdig tjenestetilbud som foreslås inntatt i pasientrettighetsloven omfatter alle grupper uavhengig av alder, kjønn, diagnose mv. Begrepet verdighet kan derfor etter departementets vurdering ikke sies å være knyttet til en bestemt brukergruppe. Med bakgrunn i tall og undersøkelser fra SSB (Iplos) og NIBR (Brevik) ser vi imidlertid at de siste års vekst i omsorgssektoren har kommet de yngre brukergruppene til del i større grad enn de eldre. Det er derfor etter departementets vurdering nødvendig å sikre at også eldre får del i ressursveksten i omsorgssektoren. Etter departementets vurdering vil den foreslåtte forskriften være i tråd med forståelsen av dagens regelverk, men sikre en riktigere prioritering av innsatsen i omsorgstjenesten og dermed sikre at eldre ikke kommer uheldig ut i forhold til den generelle innsatsen i pleie- og omsorgstjenestene.

En rekke høringsinstanser viser til at den største utfordringen er å sette kommunene økonomisk i stand til å yte forsvarlige tjenester. Regjeringens målsettinger om 12 000 nye årsverk i omsorgstjenesten, 12000 heldøgns omsorgsplasser, fortsatt innsats knyttet til rekruttering og kompetanse, samt gjennomføring av Demensplan 2015 står derfor fast.

Antallet personer med demens er ventet å øke fra om lag 67 000 i dag til om lag 133 000 i 2040, dvs en fordobling. Medregnet pårørende er minst 250 000 personer i dag berørt. Om lag 50 pst. av alle med demens bor utenfor institusjon, mens kun 6,5 pst. av hjemmeboende med demens har et dagtilbud. Godt utbygde dagaktivitetstilbud sammen med hjemmetjenester kan utsette unødvendig institusjonsinnleggelse. Regjeringen vil derfor styrke innsatsen for demente gjennom oppfølgingen av Demensplan 2015. Midler til videre utbygging av dagaktivitetstilbud i kommunene vurderes i budsjettproposisjonene

for det enkelte år. Regjeringen har som mål å innføre en lovfestet plikt til å tilby dagtilbud til demente når tilbudet er bygget videre ut. Saken tas opp i konsultasjonsordningen med Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS).

For å sikre at alle kommuner som har behov for å bygge flere heldøgns omsorgsplasser får mulighet til det, vil regjeringen endre investeringsordningen for sykehjem og heldøgns omsorgsplasser ved at fylkesmennenes behovsprioriteringer av hvilke kommuner som skal få tilskudd avvikles. Samtidig oppheves fordelingen av tilsagnsrammer på Husbankregioner og fylker. Regjeringen vil følge utviklingen og vurdere eventuelle tiltak dersom det på denne bakgrunn skulle oppstå store ulikheter i heldøgnstilbudet i kommunene. Kommunene vil fremdeles måtte søke Husbanken om tilskudd, og søknadene bli vurdert ut fra det regelverk og de kriterier som foreligger for tilskuddet, blant annet kravet om heldøgnstilbud og universell utforming. For å legge til rette for en fortsatt sterk kommunal satsing på utbygging og fornyelse av sektoren, vil Regjeringen gi kommunene mulighet for tilsagn til 2 000 heldøgns omsorgsplasser i 2011. Regjeringen vil sikre full sykehjemsdekning innen 2015 ved at alle som trenger sykehjemsplass eller omsorgsbolig skal få dette. Regjeringen vil gi tilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015 for å sikre nok kapasitet, og utvide rammene ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det. Rammene for det enkelte år vil fremgå av de årlige budsjettforslagene.

20.5.7 Rettigheter under opphold i institusjon/bolig

Som nevnt i punkt 20.3.3 er det i sosialtjenesteloven § 7-11 gitt egne bestemmelser om rettigheter under opphold i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 7. Bestemmelsen inneholder både bestemmelser om den enkeltes rettigheter til privatliv og selvbestemmelsesrett og bestemmelser om tvangsbruk/sikringstiltak.

Etter departementets vurdering er det mindre grunn til å videreføre denne bestemmelsen. Departementet viser i den forbindelse til at det er gitt detaljerte regler i sosialtjenesteloven kapittel 4A om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming, jf. lovforslagets kapittel 9. Departementet viser videre til at det nylig er vedtatt regler i pasientrettighetsloven kapittel 4A om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

Departementet foreslår derfor å ikke videreføre sosialtjenesteloven § 7-11

20.5.8 Rett til vedtak ved særlig tyngende behov

Som nevnt kan de som har særlig tyngende omsorgsarbeid kreve at sosialtjenesten treffer vedtak om det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i, jf. sosialtjenesteloven § 4-4. Bestemmelsen gir ingen materielle rettigheter, men kun en rett til å få et vedtak. Helselovgivningen inneholder ingen tilsvarende bestemmelse.

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen, jf. forslaget til ny § 2-1d i pasientrettighetsloven.

20.6 Administrative og økonomiske konsekvenser

Som nevnt legger departementet til grunn at rettighetsbestemmelsene for nødvendige tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven/kommunehelsetjenesteloven på den ene siden og sosialtjenesteloven på den andre siden, i praksis langt på vei tolkes likt når det gjelder vilkårene for å utløse en rettighet. Departementet har derfor foreslått å erstatte dagens mer detaljerte utforming av rettigheter etter sosialtjenesteloven § 4-3 med den rettslige standarden "nødvendige helse- og omsorgstjenester". Slik endret måte å rettighetsfeste sosiale tjenester skal innebære en videreføring av gjeldende rett, og er ikke ment som noen utvidelse eller innskrenking av den enkeltes rett til tjenester som i dag er omfattet av sosialtjenesteloven.

Også når det gjelder rett til øyeblikkelig hjelp, barns rett til helsekontroll og rett til vedtak ved særlig tyngende behov, er det foreslått å videreføre den enkeltes rettigheter på dagens nivå.

Det at rettigheter etter gjeldende sosialtjenesteloven etter forslaget vil bli regulert på en annen måte enn i dagens lovgivning, vil i seg selv ikke medføre noen utvidelse eller innskrenkning av rettighetene.

Departementet legger etter dette til grunn at forslaget til rettighetsregulering vil innebære videreføring av gjeldende rett og at forslaget dermed ikke vil ha administrative eller økonomiske konsekvenser.

21 Prosessuelle rettigheter

21.1 Innledning

Som nevnt i kapittel 20 inneholder både kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven flere bestemmelser som gir den enkelte pasient/bruker rett til nærmere definerte tjenester eller ytelser fra kommunens helse- og/eller omsorgstjeneste. Rettighetene består av både materielle og prosessuelle rettigheter. I kapittel 20 er de materielle rettighetene behandlet, mens de prosessuelle rettighetene vil bli behandlet i herværende kapittel.

21.2 Gjeldende rett - helsetjenester

21.2.1 Rett til medvirkning

De senere år har ønsket om økt brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenester stått sentralt i offentlige dokumenter og tjenesteutviklingen i kommunene. Retten til medvirkning bygger på respekt for den enkeltes autonomi og integritet og er en forutsetning for tjenester tilpasset den enkeltes behov. Medvirkning innebærer at pasienten får anledning til å gi uttrykk for sitt syn, og at synet tillegges vekt ved utforming

og gjennomføring av tjenester. Retten til medvirkning henger nært sammen med retten til informasjon og samtykke, jf. nedenfor. En rekke tiltak i de senere år har lagt til rette for økt brukermedvirkning, slik at de som mottar helse- og omsorgstjenester skal ha sterkere innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet og måten det blir gjennomført på. Både bestemmelser i sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven gir tjenestemottakeren en rett til å medvirke i forhold til tjenestetilbudet.

I pasientrettighetsloven er regler om pasientens rett til medvirkning gitt i § 3-1. Etter bestemmelsens første ledd har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det er opp til pasienten å avgjøre i hvilken grad vedkommende ønsker å benytte medvirkningsretten. Graden av medvirkning må tilpasses den enkeltes individuelle forutsetninger. Det er presisert at dersom pasienten ønsker at andre skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig, jf. bestemmelsens tredje ledd. For de tilfeller pasienten ikke har samtykkekompetanse, er det i andre ledd bestemt at pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienten.

21.2.2 Rett til informasjon

Rett til informasjon om forhold som angår en selv, er sentralt for å kunne ivareta autonomi og integritet. Også hensynet til pasientens muligheter for å kunne ivareta egne rettigheter tilsier at vedkommende skal ha adgang til opplysninger om egen situasjon og om den hjelp som ytes. Informasjon er av stor betydning for den enkeltes mulighet for å planlegge eget liv og for å forutberegne sin rettsstilling. Informasjon er videre avgjørende for den enkeltes mulighet for å medvirke og samtykke til tjenesteytingen.

Informasjon, råd og veiledning overfor den enkelte pasient vil for det første være viktig i konkrete behandlingssituasjoner mellom pasient og behandler. Tilsvarende vil informasjon, råd og veiledning være viktig i situasjoner hvor det søkes om tildeling av helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og da på de ulike stadier av søknadsprosessen og i forbindelse med tildeling og gjennomføring av tjenestene.

Regler om pasienters rett til informasjon er gitt i pasientrettighetsloven §§ 3-2 til 3-5. Hovedregelen er at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. § 3-2. Dette omfatter alle former for helsehjelp. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende og informasjon når pasienten er mindreårig er regulert i §§ 3-3 og 3-4.

Informasjonen skal etter § 3-5 være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og opplysninger om den informasjon som er gitt skal nedtegnes i pasientens journal. Pasienten skal få informasjonen automatisk og uten å be det. Plikten til å gi informasjon påhviler det helsepersonell som yter helsehjelpen, jf. helsepersonelloven § 10.

Regelen om journalinnsyn sikrer pasienten tilgang til en viktig informasjonskilde om seg og sin tilstand, jf. helsepersonelloven § 41 og pasientrettighetsloven § 5-1

I tillegg til at den enkelte pasient har rett til informasjon fra kommunens helse- og omsorgstjeneste/helsepersonell i forbindelse med ytelse av konkrete helse- og

omsorgstjenester, har kommunen også en generell informasjonsplikt overfor allmennheten, jf. sosialtjenesteloven § 3-5 og kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav d).

21.2.3 Rett til samtykke

Gjeldende rett er i overveiende grad basert på at helse- og omsorgstjenester er av frivillig karakter. Utgangspunktet er at det er personen selv som avgjør hvilke tjenester vedkommende skal motta. Ethvert inngrep overfor enkeltmennesket, også innenfor helse- og omsorgstjenesten, krever at det foreligger et rettslig grunnlag, jf. legalitetsprinsippet. Som den overveiende praktiske hovedregel er dette rettsgrunnlaget et samtykke fra pasienten. Slik sett kan krav om samtykke også ansees som en rettighet for den enkelte pasient.

Regler om samtykke til helsehjelp er gitt i pasientrettighetsloven kapittel 4. Hovedregel om samtykke er gitt i § 4-1, der det fremgår at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Videre er det bestemt at pasienten må ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen for at samtykket skal være gyldig. I kapitlet er det også gitt regler om krav til samtykkets form, jf. § 4-2. Hvem som har samtykkekompetanse fremgår av § 4-3. I de tilfeller pasienten selv ikke har samtykkekompetanse er det gitt regler om samtykke på vegne av pasienten i § 4-4 (på vegne av barn), § 4-5 (på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse), § 4-6 (på vegne av myndige som ikke har samtykkekompetanse) og § 4-7 (på vegne av pasienter som er umyndiggjorte). I tillegg til dette har pasientrettighetsloven fra 1. januar 2009 et eget kapittel 4A som regulerer helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.

21.2.4 Rett til å stå på liste hos fastlege

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1a regulerer pasientrettigheter i fastlegeordningen. Av bestemmelsens første ledd fremgår at enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden. Personer som står på fastleges liste, har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale, jf. § 2-1a andre ledd. Med hjemmel i bestemmelsens fjerde ledd har departementet gitt nærmere regler om gjennomføring og utfylling av pasientrettighetene i fastlegeordningen, jf. forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene.

Departementet viser til høringsnotatets kapittel 16 for nærmere redegjørelse for fastlegeordningen, herunder fastlegenes/kommunens plikter og pasientenes rettigheter.

21.2.5 Rett til individuell plan

Når det gjelder reglene om pasienters rett til individuell plan, viser departementet til kapittel 22 hvor det er redegjort for dette, samt også foreslått enkelte endringer.

21.3 Gjeldende rett – sosiale tjenester

21.3.1 Rett til medvirkning

Som nevnt ovenfor inneholder sosialtjenesteloven bestemmelser som gir tjenestemottakeren en rett til å medvirke i forhold til tjenestetilbudet. Av lovens § 8-4 fremgår det at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener. Plikten til å rådføre seg med klienten etter sosialtjenesteloven gjelder i forhold til utformingen av tjenestetilbudet. Bestemmelsen gir imidlertid ikke tjenestemottageren rett til selv å bestemme hjelpeform.

Forvaltningsloven gjelder for tjenester omfattet av sosialtjenesteloven, jf. lovens § 8-1. Den enkelte tjenestemottagers rett til å medvirke vil slik sett også følge av forvaltningslovens regler om saksforberedelse av enkeltvedtak som bygger på partenes rett til å kunne øve innflytelse på vedtaket, jf. særlig forvaltningsloven §§ 16 og 17.

Den enkelte brukers rett til medvirkning er også omtalt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, som gjelder når det ytes tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Etter forskriften § 3 skal kommunen etablere et system av prosedyrer som søker å sikre blant annet at den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenester.

21.3.2 Rett til informasjon

Sosialtjenestens plikt til å gi *individuell* opplysning, råd og veiledning er regulert i § 4-1. Siktemålet med denne bestemmelsen er ikke bare å løse eksisterende problemer, men også å søke å forebygge at problemer oppstår. Bestemmelsen omfatter alt fra rutinemessig henvisning til andre instanser til personlig råd og veiledning og familiebehandling. Informasjon, råd og veiledning overfor den enkelte tjenestemottaker vil være viktig på alle stadier av søknadsprosessen, tildeling og gjennomføring av tjenester.

Den alminnelige veiledningsplikten i forvaltningsloven § 11 og bestemmelsene om forhåndsvarsling, forvaltningsorganets utrednings- og informasjonsplikt og rett til partsinnsyn i samme lov §§ 16 – 18 gjelder også for sosiale tjenester. Det er i tillegg gitt regler om rett til innsyn og informasjonsplikt i personopplysningsloven §§ 18 flg.

I tillegg til sosialtjenestens plikt til å gi individuell opplysning, råd og veiledning, har kommunen som nevnt også en *generell* informasjonsplikt overfor allmennheten, jf. sosialtjenesteloven § 3-5.

21.3.3 Barns rettigheter under saksbehandlingen

Etter sosialtjenesteloven § 8-3 første ledd skal barn under 18 år tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det. Etter bestemmelsens andre ledd kan et barn opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelmisbrukere under 18 år, skal barnet alltid regnes som part.

Bestemmelsen er særlig ment for de situasjoner hvor det vurderes tvangstiltak etter sosialtjenstelovens kapittel 4A og kapittel 6. Bestemmelsen kan imidlertid også være viktig i forhold til andre tiltak etter sosialtjenesteloven, for eksempel tildeling av støttekontakt.

21.4 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

21.4.1 Forslag i NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten

21.4.1.1 Utvalgets forslag til nye rettighetsbestemmelser

Bernt-utvalget foreslo i NOU 2004: 18 en bestemmelse om at den som oppholder seg i kommunen, ut fra en *"individuell vurdering"* av vedkommendes behov, skulle ha krav på *"nødvendig hjelp ved sosiale og helsemessige problemer"*, jf. lovutkastet § 3-1 nr. 1. Forslaget inneholdt en opplisting i sju underpunkter av hva slags hjelp vedkommende kunne ha krav på, samtidig som det fremgikk at opplistingen ikke var ment å skulle være uttømmende.

Utvalget foreslo også at barn under 16 år skulle ha rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroll, og at foreldrene skulle ha plikt til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll, jf lovutkastet § 3-1 nr. 2. I samme paragraf nr. 3 ble det foreslått en egen bestemmelse om at den som har særlig tyngende omsorgsarbeid, skulle ha krav på at det settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, som avlastning og omsorgslønn. Det ble også foreslått at den som har omsorgsarbeid, skulle kunne kreve at kommunen treffer særskilt vedtak om det skal iverksettes avlastningstiltak eller gis omsorgslønn.

21.4.1.2 Utvalgets forslag til nye regler om vilkår for tildeling av tjenester

Utvalget foreslo nye regler om bruk av vilkår ved tildeling av sosial- og helsetjenester, jf. lovutkastet § 3-2. Forslaget gikk ut på at det ved tildeling av tjenester skulle kunne settes vilkår når dette var *"egnet for å realisere formålet med tjenesten eller nødvendig for at denne skal kunne utføres på en forsvarlig måte i forhold til tjenestemottaker og i forhold til tjenesteyters arbeidsmiljø"*. Ifølge utvalget skulle vilkår bare settes der det ikke var mulig å komme fram til en tilfredsstillende ordning ved en frivillig avtale, og vilkårene måtte *"ikke være uforholdsmessig byrdefulle for tjenestemottaker eller begrense hans eller hennes handle- eller valgfrihet på en urimelig måte."* Utvalget foreslo også at det ble lovfestet en adgang til å fatte vedtak om reduksjon eller endring av tjenestetilbudet hvis lovlig satte vilkår ikke ble oppfylt.

21.4.1.3 Medvirkning

Utvalget mente det ville være viktig å videreføre og styrke prinsippet om tjenestemottakers medvirkning, og at det skulle legges stor vekt på hva vedkommende mener. Etter utvalgets mening kunne medvirkning i seg selv ha en forebyggende helse- og trivselseffekt. Utvalget foreslo derfor en lovfesting av at tjenestetilbudet skulle bygge på medvirkning fra tjenestemottakeren (§ 1-4 nr. 3).

21.4.1.4 Informasjon

Utvalget påpekte at kartlegging, medvirkning, samtykke og informasjon er fire viktige elementer som er nært knyttet til hverandre og til målsettingen om å ivareta tjenestemottakerens autonomi og integritet.

Utvalgets lovutkast inneholder flere forslag til lovfesting av rettigheter og plikter i forhold til informasjon, råd og veiledning. I forslaget til regulering av krav til hvordan tjenestene skulle gis fremgår det at tjenestetilbudet skulle bygge på medvirkning og samtykke. Samtykket skulle være basert på en korrekt og mest mulig fullstendig informasjon om hvordan tjenestemottakers behov ble vurdert, og de virkemidler man ville ta i bruk (§ 1-4 nr. 3). Som en del av forslaget om lovfesting av rett til sosial- og helsetjenester (§ 3-1 nr. 1 bokstav a)) foreslo utvalget at det ble lovfestet at den enkelte skulle ha krav på opplysning, råd og veiledning som kunne hjelpe han eller henne å forbygge eller avhjelpe sosiale og helsemessige problemer, herunder informasjon om rettigheter og plikter, og om de tjenestetilbudene som er tilgjengelige. Videre ble informasjon, råd og veiledning som kunne bidra til å løse eller forebygge sosiale og helsemessige problemer for den enkelte, foreslått lovfestet som en oppgave kommunen skulle sørge for å ivareta (§ 2-3 nr. 1 bokstav e) ii). Etter utvalgets forslag ville i tillegg forvaltningslovens regler gjelde for vedtak om tildeling av tjenester.

Utvalget påpekte at forslaget i hovedsak ville innebære en videreføring av gjeldende rett.

21.4.1.5 Samtykke

Etter utvalgets oppfatning var det ikke grunn til å ha ulike regler om samtykke for sosial- og helsetjenester. Utvalget understreket behovet for å ha klare regler om krav til samtykke. Samtykke skulle etter utvalgets oppfatning ha en sterk stilling og være den klare hovedregelen i sosial- og helsetjenesten. Utvalget påpekte viktigheten av å erkjenne at det eksisterer en ujevnbyrdighet i forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, og at ikke alle til enhver tid har de nødvendige forutsetninger til selv å ivareta sine interesser. Samtykke er et ideal og et viktig prinsipp som skal søkes oppfylt, samtidig som rettighetene til dem som ikke selv kan ivareta sine interesser, må sikres.

Utvalgets foreslo særskilte regler om krav til samtykke (§ 1-4 nr. 3 og 4), samtykkekompetanse (§ 1-5) og tjenester til tjenestemottaker hvis det ikke forelå gyldig samtykke (§ 1-6). Forslaget bygget på kapittel 4 i pasientrettighetsloven, men med visse endringer.

21.4.2 Forslag i NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste

21.4.2.1 Styrking av pasientperspektivet

Wisløff-utvalget har i NOU 2005: 3 ikke foretatt noen samlet gjennomgang av rettighetsreguleringen av tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Utvalget foreslo imidlertid flere enkeltstående tiltak rettet mot å styrke pasientens stilling i helsetjenesten, og da spesielt

pasientens muligheter til å fremme krav om, bidra til og dra nytte av bedre samhandling i helsetjenesten.

Utvalget viste til at tjenesteytere må legge pasientperspektivet til grunn for sitt arbeid rettet mot enkeltbrukere og at forholdene må legges til rette for at brukeren kan medvirke i henhold til pasientrettighetsloven. I tillegg til den enkeltes rett til medvirkning, påpekte utvalget også nødvendigheten av å gi rom for brukerorganisasjonenes kollektive brukermedvirkning.

Utvalget viste til at dette i spesialisthelsetjenesten er regulert i helseforetaksloven § 35 og at det med utgangspunkt i disse bestemmelsene var etablert brukerutvalg knyttet til ledelsen av samtlige regionale helseforetak, og etter hvert også i de enkelte helseforetak. Utvalget foreslo derfor at det ble innført tilsvarende bestemmelse om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven som i helseforetaksloven. Utvalget mente at en slik bestemmelse måtte inneholde et krav om at kommunehelsetjenesten skal sørge for at virksomheter som yter helsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med disse, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

21.4.2.2 Styrking og endring av ordningen med individuell plan

Utvalget foreslo flere konkrete tiltak for å styrke arbeidet med individuell plan, samt også forslag om konkrete endringer av ordningen. Departementet viser i denne forbindelse til høringsnotatets kapittel 22.2.2 hvor det er redegjort nærmere for dette.

21.4.2.3 Pasientopplæring og informasjon

Utvalget foreslo å styrke pasienters rett til opplæring med sikte på bedre mestring av egen situasjon. Utvalget mente at retten til pasientopplæring måtte forankres som en individuell rettighet i pasientrettighetsloven. Utvalget foreslo derfor å innføre en bestemmelse i pasientrettighetsloven som skulle sikre at pasienter med langvarig eller kronisk sykdom eller funksjonshemning blir gitt tilbud om pasientopplæring, dersom dette kan bidra til å øke eller opprettholde selvstendighet og funksjonsevne. Utvalget foreslo at man skulle bygge videre på modellen med lærings- og mestringssentra som et opplæringstilbud til personer som har kronisk sykdom/funksjonshemming og at denne modellen videreutvikles. Utvalget foreslo også at helsetjenesten, sammen med brukerorganisasjonene, skulle styrke informasjonsarbeidet overfor pasientgrupper som ikke selv aktivt søker informasjon.

21.4.3 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmeldingen inneholder ingen samlet gjennomgang av rettighetsreguleringen av tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tilknytning til en vurdering av utvikling i omsorgstjenesten er det imidlertid på side 57 blant annet uttalt:

> ”I det videre arbeidet med oppfølgingen av samhandlingsreformen vil regjeringen vurdere behov for endringer i dagens lovgivning. Det arbeides med sikte på at det i 2010 skal legges fram forslag til oppfølging av forslagene i NOU 2004: 18, Helhet og plan i sosial- og

helsetjenestene – samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester (Bernt-utvalget). Arbeidet med saken er blitt forskjøvet for å kunne gi forslagene til ny helse- og omsorgslov og forslagene i samhandlingsreformen en helhetlig behandling. Dette vil, sett i sammenheng med ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen som om kort tid legges fram av regjeringen, gi en helhetlig oppfølging av den samlede helse- og omsorgssektor."

I meldingens kapittel 15 om krav til ledelse og organisering er det om behovet for mer systematisk organisering av brukermedvirkning blant annet uttalt:

"En av hovedkonklusjonene i reformarbeidet er behovet for å understøtte brukernes evne til å mestre egen helse. Det kan bare gjøres gjennom aktiv deltakelse fra brukerne selv, både på systemnivå i arbeidet med å organisere tilbud, og på individnivå, gjennom måten den enkelte gis mulighet til individuell tilpassning av tilbudet. Erfaringene fra organisering av brukerutvalg i helseforetakene har gitt brukerne medinnflytelse på systemnivå som det er nødvendig å utvikle også i kommunene."

Meldingen inneholder også en rekke vurderinger av dagens ordning med individuell plan og behovet for å styrke det koordinerende arbeidet i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Departementet viser til høringsnotatets kapittel 22 og 23 hvor det er redegjort nærmere for dette.

21.5 Departementets vurderinger og forslag

21.5.1 Innledning

Som nevnt innledningsvis inneholder både pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven bestemmelser som gir den enkelte pasient/bruker nærmere definerte materielle og prosessuelle rettigheter.

Når det gjelder prosessuelle rettigheter er disse mer eksplisitt lovregulert hva gjelder helsetjenester sammenlignet med sosialtjenester. I det videre skal departementet drøfte lovregulering av slike prosessuelle rettigheter.

21.5.2 Rett til medvirkning og informasjon

Som nevnt anser departementet rett til medvirkning og rett til informasjon for å være grunnleggende pasient- og brukerrettigheter.

Når det gjelder *helsetjenester* er disse rettighetene ivaretatt i pasientrettighetsloven. Departementet ser ikke behov for å endre pasientrettighetslovens bestemmelser om medvirkning og informasjon hva gjelder innhold eller utstrekning.

Når det gjelder *sosial-/omsorgstjenester* er imidlertid dagens rettighetsfesting mindre eksplisitt, jf. punkt 21.3.1. Etter departementets oppfatning bør prinsippene som kommer fram i bestemmelsene om rett til medvirkning og informasjon i pasientrettighetsloven kapittel 3 også gjøres gjeldende for mottakere av sosiale tjenester. Som nevnt har også mottakere av sosiale tjenester rett til å medvirke etter sosialtjenesteloven i dag, om enn via

henvisninger til forvatningsloven. En tydeliggjøring av retten vil imidlertid synliggjøre tjenestemottakers stilling og medvirke til å myndiggjøre brukerne. I tillegg vil en slik regulering tydeliggjøring kravene til sosialtjenestens personell i forbindelse med utøvelsen av tjenestene og presisere sosialtjenestens plikter.

Departementet foreslår derfor at det i pasientrettighetsloven presiseres at rett til medvirkning og informasjon skal gjelde både for helse- og omsorgstjenester etter ny lov, jf. forslag til endringer i pasientrettighetsloven kapittel 3 hvor det presiseres at rettighetene skal gjelde både for "pasienter og brukere".

21.5.3 Rett til samtykke

Når det gjelder samtykkebestemmelsene for ytelse av helsehjelp etter pasientrettighetsloven, ser departementet ikke behov for å endre disse hva gjelder innhold eller utstrekning.

Sosialtjenesteloven har ikke på samme måte som pasientrettighetsloven regler om samtykke, men også her vil man i praksis basere seg på den enkelte tjenestemottagers samtykke ved tildeling av eller utførelse av tjenester omfattet av loven. I og med at sosialtjenester og helsetjenester foreslås i samme lov, og det foreslås å samle rettighetsbestemmelsene i pasientrettighetsloven, bør imidlertid prinsippene som kommer fram i bestemmelsene om samtykke i pasientrettighetsloven kapittel 4 også gjøres gjeldende for mottakere av sosial-/omsorgstjenester.

Departementet foreslår derfor at det i pasientrettighetsloven presiseres at rett til samtykke skal gjelde både for helse- og omsorgstjenester etter ny lov, jf. forslag til endringer i pasientrettighetsloven kapittel 4 hvor det presiseres at rettighetene skal gjelde både for "pasienter og brukere".

21.5.4 Rett til individuell plan

Når det gjelder rett til individuell plan viser departementet til høringsnotatets kapittel 22. Som det fremgår foreslås det der å videreføre dagens lovfesting av rett til individuell plan i pasientrettighetsloven, men med enkelte justeringer.

21.5.5 Rett til fastlege

Departementet foreslår at den enkeltes *rett* til fastlege etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1a, flyttes fra kommunehelsetjenesteloven og til pasientrettighetsloven. Dette innebærer ingen utvidelse eller innskrenkning av rettigheten.

I forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres ikke rettighetsbestemmelser knyttet til fastlegeordningen. I loven foreslås det imidlertid å lovfeste kommunens *plikter* i forhold til ordningen, jf. lovforslagets § 3-2.

21.5.6 Rett til journalinnsyn

Som nevnt i kapittel 7 og kapittel 8 foreslår departementet at helsepersonelloven skal komme til anvendelse for alt personell som yter tjenester omfattet av forslag til lov om

kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at dagens "sosialpersonell" vil få en journalføringsplikt i tråd med helsepersonellovens ordning. Når det gjelder sosial-/omsorgstjenester og rett til journalinnsyn, er det som nevnt slik at sosialpersonell allerede i dag har en viss dokumentasjonsplikt og at den enkelte bruker i mange tilfeller vil ha rett til innsyn i forvaltningens dokumenter med hjemmel i forvaltningsloven.

Når det gjelder bestemmelsene om rett til journalinnsyn i pasientrettighetsloven kapittel 5, ser ikke departementet behov for å endre disse hva gjelder innhold eller utstrekning når det gjelder helsetjenester.

I og med at sosialtjenester og helsetjenester foreslås regulert i en felles lov, og det foreslås å samle rettighetsbestemmelsene i pasientrettighetsloven, er departementet av den oppfatning at de prinsippene som kommer fram i bestemmelsene om rett til journalinnsyn i pasientrettighetsloven kapittel 5, også bør gjøres gjeldende for mottakere av sosial-/omsorgstjenester, jf. forslag til endringer i pasientrettighetsloven kapittel 5 hvor det presiseres at rettighetene skal gjelde både for "pasienter og brukere".

21.5.7 Barns partsrettigheter under saksbehandlingen

Som nevnt er det i sosialtjenesteloven § 8-3 første ledd lovfestet at barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det, og i bestemmelsens andre ledd er det lovfestet at et barn kan opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelmisbrukere under 18 år, skal barnet alltid regnes som part.

Når det gjelder sosialtjenesteloven § 8-3 første ledd legger departementet til grunn at barns rettigheter i så måte er tilstrekkelig ivaretatt gjennom pasientrettighetslovens bestemmelser om medvirkning, informasjon og samtykke, jf. blant annet § 3-4 og § 4-4.

Når det gjelder sosialtjenesteloven § 8-3 andre ledd er denne ikke ivaretatt gjennom pasientrettighetsloven. For å videreføre gjeldende rett på dette området foreslår departementet en ny § 6-5 i pasientrettighetsloven om barns partsrettigheter ved søksmål. Departementet foreslår i den forbindelse at et barn skal kunne opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelmisbrukere under 18 år, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 10, foreslås det at barnet alltid skal regnes som part.

21.6 Administrative og økonomiske konsekvenser

Som nevnt foreslås det ikke endringer i pasientrettighetsloven når det gjelder pasienters prosessuelle rettigheter i forhold til helselovgivningen. For denne gruppen vil forslaget ikke medføre administrative eller prosessuelle konsekvenser.

Når det gjelder prosessuelle rettigheter i tilknytning til tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, vil en felles regulering av brukernes prosessuelle rettigheter i pasientrettighetsloven innebære en viss utvidelse sammenlignet med i dag. Departementet viser her særlig til at reglene om samtykke og reglene om journalinnsyn vil innebære en

viss utvidelse av den enkeltes prosessuelle rettigheter. Departementet legger imidlertid til grunn at de administrative og økonomiske konsekvensene knyttet til dette vil være beskjedne.

22 Individuell plan

22.1 Gjeldende rett

22.1.1 Reglene om individuell plan i helse- og sosiallovgivningen

Ordningen med individuell plan er innført som et virkemiddel for å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere. Reguleringen av ordningen i helselovgivningen og sosiallovgivningen er noe forskjellig, men det reelle innholdet er i hovedsak likt. Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har etter pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3a *rett* til å få utarbeidet en individuell plan. Reglene i pasientrettighetsloven § 2-5 ble vedtatt samtidig med resten av loven og trådte i kraft 1. juli 2001. I sosialtjenesteloven ble § 4-3a tilføyd i 2003, og bestemmelsen trådte i kraft 1.januar 2004. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen har regler om individuell plan i § 28. Denne bestemmelsen trådte i kraft samtidig med resten av loven 1. januar 2010, og tilsvarer sosialtjenesteloven § 4-3a.

Vilkårene for å få rett til individuell plan er de samme i alle bestemmelsene. Med behov for "langvarige" tjenester menes at behovet må være av en viss varighet. Det er imidlertid ikke et krav at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Med behov for "koordinerte" tjenester menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og/eller sosialtjenester, det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene må eller bør ses i sammenheng.

En individuell plan gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket. Dette er presisert i forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, jf. punkt 22.1.2. Planen vil imidlertid være en viktig premiss ved til tildeling av tjenester og kan bidra til å utløse nødvendig hjelp. I tillegg kan planen være viktig ved gjennomføring av hjelpen, og den kan gi større forutsigbarhet for tjenestemottakeren.

Helsetjenesten er pålagt en *plikt* til å utarbeide individuell plan for den enkelte, uavhengig av om det er satt frem krav om dette, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1. Sosialtjenesteloven pålegger ikke en uttrykkelig plikt til å utarbeide individuell plan, men når en person har rett til individuell plan, vil dette utløse en korresponderende plikt for kommunen til å utarbeide en slik plan.

I sosialtjenesteloven § 4-3a, jf. § 8-4, er det presisert at planen skal utformes i samarbeid med brukeren. For helsetjenesten gjelder regler om pasientens rett til medvirkning i pasientrettighetsloven § 3-1. I tillegg er det gitt regler om medvirkning fra tjenestemottaker og pårørende i forskrift, jf. punkt 22.1.2.

Ansvaret for å utarbeide individuell plan er i kommunehelsetjenesteloven pålagt kommunehelsetjenesten. Dette innebærer at den delen av kommunens helsetjeneste som pasienten eller pårørende henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med planen iverksettes. Tilsvarende gjelder for sosialtjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 pålegger helseforetaket ansvaret for å utarbeide individuell plan, mens psykisk helsevernloven § 4-1 pålegger den enkelte institusjon dette ansvaret.

22.1.2 Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen ble fastsatt i 2001. Denne forskriften ble avløst av felles forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, jf. forskrift 23. desember 2004 nr. 1837, som trådte i kraft 1. januar 2005. Fastsetting av ny felles forskrift var et ledd i arbeidet med å harmonisere regelverket for helse- og sosialtjenesten og bedre samarbeid og koordinering mellom tjenestene.

Forskriften gir nærmere regler om formålet med individuell plan, ansvaret for å utarbeide planen, hva den skal inneholde m.m. Planen skal blant annet sikre at det til enhver tid er "en tjenesteyter" som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. I veileder til forskriften (Veileder IS-1253, utgitt av Helsedirektoratet i 2007) framgår det at denne tjenesteyteren i praksis ofte kalles *koordinator*. Det anses som en svært viktig del av ordningen med individuell plan at tjenestemottakeren og eventuelt de pårørende får en bestemt person i tjenesteapparatet å forholde seg til.

Forskriften presiserer at den del av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes, uavhengig av om tjenestemottakeren mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet. For øvrig framgår det ikke hvilken enhet eller hvilket tjenestenivå som skal ha ansvar for å sikre koordinering av planarbeidet.

22.2 Tidligere forslag om styrking av individuell plan og koordinatorrolle

22.2.1 Forslag i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Bernt-utvalget foreslo i NOU 2004:18 at gjeldende regler om individuell plan i hovedsak videreføres, men at flere av de reglene som i dag er i fastsatt i forskrift, lovfestes. Forslaget om lovfesting framfor forskriftsfesting gjaldt bl.a. plikt for kommunen til å utpeke en planansvarlig person som tjenestemottakeren kan forholde seg til. Denne personen skal etter forslaget ha et overordnet utrednings- og koordineringsansvar i planprosessen. Flertallet i utvalget foreslo også en presisering i loven av at kommunen skal ha plikt til å utarbeide individuell plan for de som fyller vilkårene. Dette ble begrunnet med at mange av de som har behov for omfattende tjenester, er så svekket at de ikke selv kan stille krav om individuell plan. Samtidig ble det forutsatt at individuell plan ikke skal utarbeides hvis den planen gjelder, motsetter seg det. Utvalget foreslo også lovfestet at dersom statlige eller fylkeskommunale organer skal medvirke ved

tjenestetilbudet, skal det utarbeides en felles individuell plan som dekker alle tjenestenivåene. Det ble forutsatt at planen i slike tilfeller må baseres på en avtale mellom nivåene.

22.2.2 Forslag i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste

Wisløff-utvalget foreslo i NOU 2005:3 at det skulle iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov. Utvalget anbefalte at kravet om utarbeiding av individuell plan følges opp bedre gjennom helseforetakenes og kommunenes kvalitetssystemer/internkontrollsystemer og foreslo en nasjonal rapportering på bruk av individuell plan for alle kommuner og foretak. I tillegg mente utvalget at kommunen bør være ansvarlig for utarbeiding og koordinering av individuell plan, mens spesialisthelsetjenestens ansvar bør begrenses til å delta i kommunens arbeid med individuell plan når spesialisthelsetjenesten yter tjenester til pasienter som har rett til slik plan. Utvalget foreslo også en ny bestemmelse i helsepersonelloven som pålegger helsepersonell en plikt til å delta i arbeidet med individuell plan. Begrunnelsen for dette forslaget var særlig at privatpraktiserende helsepersonell og helsepersonell ansatt i privat helsevirksomhet i større grad bør trekkes inn i arbeidet med individuell plan.

22.2.3 Forslag i St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S (2009-2010)

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) er det foreslått en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Det er presisert at det i utformingen av ordningen vil bli lagt vekt på at den bare skal gjelde for personer som vil ha særlig nytte av den, og at det vil bli foretatt en åpen vurdering av hvor omfattende ordningen bør gjøres. Videre framgår det at det ikke vil dreie seg om opprettelse av nye stillinger, men at en person gjennom sin ordinære stilling får et særlig ansvar for å være kontaktpunkt for pasienten. Det framgår også at det i utformingen av ordningen må skje en tilpasning til flere av de ordningene som i dag er etablert for å ivareta koordineringsoppgaver, slik som individuell plan og plikten til å ha koordinerende enhet på rehabiliteringsområdet, og at det må etableres klare roller og ansvarsforhold.

Meldingen forutsetter at pasienten eller pårørende kan henvende seg til kontaktpersonen direkte, og at kontaktpersonen kan formidle faglig og praktisk informasjon og være pasientens koordinator innad og mellom helse- og omsorgstjenestene. Det er presisert at det praktiske opplegget ikke skal legge urimelige byrder på virksomhetenes arbeidssituasjon, og at det vil være opp til virksomheten å peke ut person. Som eksempler på koordinator er nevnt sykepleier, sosionom, fysioterapeut og ergoterapeut.

I Innstilling til Stortinget (Innst. 212 S, 2009-2010) har helse- og omsorgskomiteen støttet at det etableres en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med særlig behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en pasientkoordinator som kontaktpunkt i tjenestene. Komiteen har videre uttalt:

”Komiteen mener at dette virkemiddel i første rekke bør tilpasses for pasienter hvor samordningsbehovene er komplekse. Komiteen er enig i at utformingen av ordningen må tilpasses andre etablerte ordninger som individuell plan og koordinerende enhet på habilitering og rehabiliteringsområdet. Komiteen støtter stortingsmeldingens påpekning av at pasientkoordinatoren kan fylles av flere faggrupper, eksempelvis fastlege, sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut eller annet.”

22.3 Erfaringer med individuell plan

En spørreundersøkelse fra TNS Gallup i 2008 viste at stadig flere personer får individuell plan, og at tjenesteyterne i økende grad erfarer at individuell plan er et verktøy som fremmer samhandling. Undersøkelsen ble foretatt blant ansatte i kommuner og spesialisthelsetjenesten, og 87 prosent av informantene mente at individuell plan fremmer samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet – både på tvers av nivåene i helsetjenesten og mellom helse- og sosialtjenesten.

Helsedirektoratet arrangerte i 2008 seks regionale konferanser om individuell plan. Konferansene samlet deltakere fra alle deler av det offentlige tjenesteapparatet i tillegg til pasienter og brukere. Tilbakemeldingene fra deltakerne bekreftet ifølge direktoratet inntrykket av at individuell plan er et strategisk verktøy for samhandling, og at forskriften og formålet med den er godt kjent. Tre forhold i tilbakemeldingene pekte seg ut som avgjørende for å lykkes i det videre arbeidet med individuell plan. Pasientene og brukerne må for det første oppleve at de blir sett, hørt og verdsatt. For det andre må koordinatorrollen (en tjenesteyter med hovedansvar) ”løftes fram”, og for det tredje må arbeidet med individuell plan forankres på politisk og administrativt nivå, og et systemansvar må være på plass.

Helsedirektoratet utga i 2008 et tipshefte om individuell plan, jf. IS-1544 ”Gjør det så enkelt som mulig”. Her er det gitt eksempler på hvordan utvikling av individuell plan kan medvirke til økt mestring av livet og gi nødvendig bistand fra ulike deler av tjenesteapparatet. Det er også påpekt at undersøkelser viser at de som har fått en individuell plan som er i regelmessig bruk, er mer fornøyd med tjenestetilbudet enn de som ikke har en individuell plan, og at de som har fått en individuell plan som ikke er i bruk, er mest misfornøyd med tjenestetilbudet.

Brukerorganisasjonene har påpekt at tjenestene må bli bedre til å peke ut koordinatorer som kan fylle en rolle som brukernes kontaktpunkt i systemet. Brukerne ønsker seg ikke bare bedre koordinerte systemer, men en koordinator i form av et menneske, som har brukerens tillit, som til enhver tid kjenner brukerens situasjon, og som samtidig kjenner ”systemet” og derfor på en samlet måte kan koordinere de ulike tjenestene brukeren har behov for.

22.4 Departementets vurderinger og forslag

22.4.1 Generelt

Selv om stadig flere får individuell plan, er det fortsatt mange med rett til individuell plan som ikke får det. Økt bruk av ordningen representerer et betydelig potensial for å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Departementets vurdering er at ordningen bør videreføres, men at det bør gjøres noen endringer i regelverket for å tydeliggjøre ordningen på enkelte punkter. Departementet vil imidlertid understreke at regulering i lov og forskrift ikke er tilstrekkelig til å få individuell plan til å fungere etter intensjonene. Målrettede informasjons- og opplæringstiltak vil fortsatt være nødvendig, særlig om organisering, koordinering og ledelse av arbeidet. I tillegg må plikten til å utarbeide individuell plan følges opp gjennom internkontroll i kommunene og helseforetakene.

Ordningen med individuell plan må også vurderes i sammenheng med andre måter å ivareta koordineringsansvar på, jf. kapittel 23.

22.4.2 Rettighet og plikt

Pasientrettighetsloven § 2-5 gir *rett* til individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester. Etter departementets vurdering bør denne bestemmelsen videreføres. I punkt 20.5.2 framgår det at departementet mener at flest mulig av de rettighetsbestemmelsene som i dag er forankret i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, bør samles i pasientrettighetsloven. Dette gjelder også reglene om rett til individuell plan og innebærer at reguleringen i pasientrettighetsloven vil gjelde tilsvarende for brukere av tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven.

Som nevnt ovenfor, vil en rett til individuell plan utløse en tilsvarende plikt til å utarbeide planen. Etter departementets vurdering bør det framgå tydelig av den nye loven at kommunen har *plikt* til å utarbeide individuell plan for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. En presisering av dette vil bare være ny for omsorgstjenestene fordi dette allerede følger av helselovgivningen. En pliktbestemmelse innebærer at kommunen på eget initiativ må vurdere om en person bør få tilbud om en individuell plan, men ikke at individuell plan skal utarbeides mot tjenestemottakerens vilje. Prinsippet om samtykke fra pasienten eller brukeren vil fortsatt gjelde.

22.4.3 Ansvarlig tjenestenivå ved behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten

De som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, kan ha behov for ulike tjenester fra ulike kommunale etater. I tillegg kan de ha behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen der vedkommende bor, har bedre oversikt over og nærhet til ulike lokale tjenestetilbud enn institusjonene i spesialisthelsetjenesten. Tjenester fra spesialisthelsetjenesten vil ofte være kortvarige og tidsavgrensede, men spesialisthelsetjenesten har også et selvstendig lovpålagt ansvar for tjenester som ytes

over lengre tid, som for eksempel behandling av rusmiddelavhengige, pasienter under psykisk helsevern og andre med behov for langvarige tjenester.

Etter departementets vurdering bør hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan ligge hos kommunen i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Departementet slutter seg her til forslag fra Wisløff-utvalget. En slik løsning vil innebære en klarere ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene. I tillegg vil kommunen som oftest ha best oversikt over det samlede tjenestetilbudet og behovet til den enkelte. Departementet foreslår derfor at det både i den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 bør framgår tydelig at ansvaret for å sette i gang arbeidet med planen og for koordinering av planen skal forankres hos kommunen i de tilfellene den enkelte har behov for tjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Flertallet av høringsinstansene var enig i Wisløff-utvalgets forslag, men departementet mottok også innspill om at det bør åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, for eksempel for særskilt krevende pasienter, selv om hovedforankringen av ansvaret for å utarbeide individuell plan bør ligge i kommunen. Etter departementets vurdering er det en risiko ved en slik ansvarsfordeling at ansvarsforholdene blir uklare. Det at kommunen skal ha ansvar for igangsetting og koordinering av arbeidet, vil ikke frata spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke i arbeidet. Høringsinstansene oppfordres til å kommentere dette spørsmålet særskilt.

Departementet foreslår også endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, slik at det framgår at helseforetaket har plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan i de tilfellene det er behov for spesialisthelsetjenester i tillegg til kommunale tjenester. Overfor private virksomheter som regionalt helseforetak har avtale med, bør det vurderes om denne plikten må sikres særskilt gjennom avtale. Tilsvarende endring foreslås i psykisk helsevernloven § 4-1, slik at plikten pålegges den enkelte institusjon. I tillegg foreslås en plikt for helseforetaket/institusjonen til å varsle kommunen når spesialisthelsetjenesten ser at det kan være behov for å utarbeide en individuell plan som bør omfatte kommunale tjenester.

Dersom pasienten bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, vil det som i dag være helseforetaket som har ansvaret for å utarbeide individuell plan. Departementet antar at dette bare vil være aktuelt i unntakstilfeller, men ser ikke bort fra at dette kan være aktuelt i enkelte tilfeller. Høringsinstansene oppfordres til å kommentere dette særskilt.

22.4.4 Koordinator

Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger kommunen og spesialisthelsetjenesten en plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen og spesialisthelsetjenesten, jf. punkt 23.1.2. Etter departementets vurdering bør systemansvaret for individuell plan/ koordinering på systemnivå legges til disse enhetene. Dette blir drøftet nærmere i punkt 23.3.2. Drøftelsen nedenfor gjelder koordinering på individnivå.

Hvis en bestemt person i kommunen utpekes som koordinator, vil tjenestemottakeren slippe å forholde seg til mange forskjellige personer. På den annen side kan det å overlate koordineringsansvaret til en enkeltperson føre til økt sårbarhet ved fravær mv. En egen enhet eller et team med koordineringsansvar kan være en mer robust måte å ivareta ansvaret på.

En fordel med å regulere et koordineringsansvar i lov i stedet for i forskrift, er at reglene blir mer synlige og tilgjengelige for pasientene og brukerne, tjenesteyterne, kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Bernt-utvalgets forslag om plikt for kommunen til å utpeke en planansvarlig person går noe lengre enn dagens regler når det gjelder hva koordineringsansvaret skal gå ut på. Dette utvalget mente at den planansvarlige skal ha et personlig oppfølgingsansvar og være forberedt på å gå inn i "alle situasjoner hvor det oppstår problemer og misnøye". Etter departementets vurdering innebærer dette et ansvar som kan bli for omfattende og belastende for en enkeltperson.

Ut fra en helhetsvurdering, jf. også erfaringene med individuell plan omtalt ovenfor, finner departementet at det kan være hensiktsmessig å løfte ut av forskriften og konkretisere i lov hvordan ansvaret for å koordinere arbeidet med individuell plan skal ivaretas. Etter departementets vurdering bør dagens regler om at *en bestemt person skal ha et hovedansvar* for koordinering og oppfølging av den enkelte tjenestemottakeren videreføres. I praksis vil dette innebære at vedkommende skal ha en rolle som koordinator, men ikke at vedkommende skal ha et eneansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Ansvaret for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å utpeke en stedfortreder. Koordinatorrollen skal som i dag innebære at vedkommende skal være kontaktperson og ha et hovedansvar for å følge opp innspill fra tjenestemottakeren og pårørende. I tillegg skal vedkommende ha et hovedansvar for å ta initiativ til og påse at tjenestemottakeren får et koordinert tjenestetilbud. Dersom ansvarsforholdene for de forskjellige tjenestetilbudene er uklare, må vedkommende ta initiativ for å få nødvendige avklaringer slik at tjenestemottakeren ikke blir kasteball i systemet.

På denne bakgrunn foreslår departementet en egen bestemmelse om koordinator i den nye loven. I tillegg foreslås det en ny bestemmelse om pasientansvarlig koordinator i spesialisthelsetjenesteloven i stedet for pasientansvarlig lege. Dette forslaget blir nærmere omtalt i punkt 23.3.3. Fastlegenes koordinerende ansvar blir omtalt i punkt 23.1.3.

Departementet mener at endringsforslagene imøtekommer forslaget i samhandlingsmeldingen om koordinator. I denne meldingen er det forutsatt at ordningen bare skal gjelde for personer som vil ha særlig nytte av den, og dette er støttet av Stortinget, jf. punkt 23.2, der det er sitert fra helse- og omsorgskomiteens innstilling (Innst. 212 S, 2009-2010). Departementet kan ikke se at det er behov for en slik ordning for alle pasienter eller brukere som trenger hjelp fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Det vil være en rekke pasienter som bare er innom helsetjenesten på grunn av enkeltstående lidelser. Å innføre en plikt til å oppnevne en egen koordinator

for alle som har kontakt med helse- og omsorgstjenesten, vil etter departementets syn føre til en unødvendig byråkratisering og en uheldig vridning av ressursbruken i helse- og omsorgstjenesten. Ordningen bør i tråd med gjeldende regler om rett til individuell plan og plikten til å ha en koordinerende enhet, avgrenses til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester og/eller habiliterings- eller rehabiliteringstjenester. Dette innebærer for eksempel at det ved akuttinnleggelser på sykehus ikke vil oppstå plikt til å utpeke en koordinator. Ved utskrivning fra sykehus kan det imidlertid være behov for rehabiliteringstjenester og/eller individuell plan, og da vil plikten til å utpeke en koordinator gjelde.

Kravet om at behovet skal gjelde "langvarige" tjenester innebærer ikke at behovet skal være varig, men at det skal strekke seg over et visst tidsom. Departementet legger til grunn at dette vilkåret i praksis ikke har vært tolket restriktivt, og at det fortsatt bør tolkes slik at det fanger opp de som har et reelt behov for individuell plan og en koordinator. Departementet oppfordrer høringsinstansene til å kommentere dette spørsmålet særskilt.

22.4.5 Plikt for personell til å delta i arbeidet med individuell plan og plikt til å melde fra om behov for individuell plan

Intensjonen med forslaget fra Wisløff-utvalget om å lovfeste plikt for helsepersonell til å delta i arbeidet med individuell plan var å få til en bedre samordning av det helhetlige tjenestetilbudet. Som det framgår av punkt 7.2.3 foreslår departementet at helsepersonelloven som hovedregel skal gjelde tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter den nye loven. Forankring av en pliktbestemmelse i helsepersonelloven vil dermed innebære at den også vil gjelde for personell som ikke kan defineres som helsepersonell.

Etter departementets vurdering er Wisløff-utvalgets forslag et hensiktsmessig og nødvendig virkemiddel for å forplikte personellet til å delta i arbeidet med individuell plan. En slik plikt er særlig viktig for å ansvarliggjøre personell som ikke har noen tilknytning til kommune eller regionalt helseforetak gjennom driftsavtaler mv., som for eksempel private tannleger og kiropraktorer. Selv om det lovfestes en plikt for det enkelte personell til å delta i arbeidet, må ansvaret for å utarbeide individuell plan være forankret i virksomhetsledelsen på det aktuelle tjenestenivået. Ansvaret for om planarbeidet lykkes eller ikke kan ikke forskyves til det enkelte personell.

For å tydeliggjøre ordningen med individuell plan ytterligere, foreslår departementet at det også presiseres i helsepersonelloven at helsepersonell skal ha plikt til å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan.

22.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene i dette kapitlet innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett, og departementet legger til grunn at forslagene ikke vil medføre særlige administrative eller økonomiske konsekvenser.

23 Nærmere om koordineringsansvar

23.1 Gjeldende rett

23.1.1 Generelt

Det er i helse- og sosialtjenesten etablert forskjellige ordninger som har til hensikt å sikre et koordinert tjenestetilbud. Disse ordningene er dels regulert i lovgivningen og dels i forskjellige forskrifter. Reguleringen av individuell plan og koordinatorrolle er gjennomgått ovenfor i kapittel 22. I dette kapitlet vil andre ordninger som gjelder koordineringsansvar, bli behandlet.

23.1.2 Forskrift om habilitering og rehabilitering - plikt til å ha en koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten

Forskrift om habilitering og rehabilitering ble fastsatt 28. juni 2001og trådte i kraft 1. juli 2001, parallelt med innføring av reglene om individuell plan i helsetjenesten. Forskriften gjelder habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys og ytes etter kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forskriften § 8 pålegger kommunen en plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. I merknadene til denne bestemmelsen framgår det at kravet innebærer at kommunen vil ha et fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten, og at det skal være lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til og komme i kontakt med det kommunale tjenestetilbudet. Det er også presisert at kravet om koordinerende enhet kan ivaretas på ulike måter, for eksempel gjennom et fast og overordnet tverrfaglig team, en egen koordinator opprettet for dette formålet, eller gjennom den ordinære virksomheten. Videre framgår det at det ikke kreves en egen organisasjonsenhet, men at virksomheten av hensyn til tilgjengelighet for brukerne synliggjøres i forhold til de øvrige pålagte oppgavene i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd.

Forskriften § 13 pålegger spesialisthelsetjenesten plikt til å ha en koordinerende enhet. Ifølge forskriften skal enheten ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, i tillegg til oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten. I merknaden til bestemmelsen er det presisert at kravet om koordinerende enhet kan oppfylles på flere måter, for eksempel ved en fagavdeling for medisinsk rehabilitering, re-/habiliteringsteam eller egen koordinator.

23.1.3 Fastlegenes koordinerende ansvar

Fastlegenes ansvar og oppgaver er nærmere omtalt i kapittel 16. Her framgår det at fastlegen ifølge merknaden til fastlegeforskriften § 7 skal planlegge og koordinere individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling for innbyggere på sin liste. Det har vært uklart hvor langt dette ansvaret strekker seg. I forbindelse med at det ble gjennomført en evaluering av fastlegeordningen etter to og et halvt år, ble det foretatt en

tolkning av hva som ligger i fastlegens koordineringsansvar etter fastlegeforskriften § 7. I "*Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt* år" (2004) framgår det:

> "Departementet legger til grunn at utgangspunktet for fastlegens planleggings- og koordineringsansvar etter denne bestemmelsen vil være at det forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling er knyttet til det medisinske hjelpebehov pasienten har, jf. merknaden til § 7. Fastlegens undersøkelse, diagnose og eventuelle behandling kan avdekke et behov for at legen initierer kontakt, ev. gjennom henvisning, til andre tjenester, enten innen kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Koordineringsansvaret omfatter for eksempel vurdering av behov for henvisning til psykolog, fysioterapeut eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og nødvendig medisinsk oppfølging av pasienten etter aktuelt opphold for eksempel i sykehjem, eller etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
>
> Fastlegens ansvar for medisinsk oppfølging etter utskrivning fra institusjon for innbyggere som står på vedkommendes liste går nærmere fram av fastlegeforskriften § 8. Der det er behov for slik tilrettelegging, plikter institusjonen å kontakte fastlegen på forhånd. Epikrise og andre nødvendige opplysninger sendes fastlegen dersom pasienten gir sitt samtykke til det.
>
> Det vil variere med situasjon hvilken instans i kommunen som er den rette til å koordinere ved behov for koordinering av tjenester. Gjennom tilsynsmyndighetenes landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 ble det for eksempel uttrykt behov for klargjøring av fastlegens rolle ved behov for utarbeiding av individuell plan. I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, merknaden til § 2-3 annet ledd, står det følgende: "*Ansvaret for å ta initiativ til å utarbeide individuell plan, påhviler den instans i kommunehelsetjenesten som personen eller dennes foresatte først henvender seg til.*"
>
> Fastlegeordningen er i hovedsak basert på at pasienten selv eller pårørende henvender seg til fastlegen. Fastlegen har plikt til å initiere at koordinering blir ivaretatt når han eller hun er blitt oppsøkt. Dette gjelder for eksempel initiativ til å utarbeide individuell plan der vilkår for slik plan foreligger."

Det er antakelig slik at dagens praksis blant fastlegene også på dette området varierer. Departementet vil ved en eventuell presisering av listeansvaret (jf. kapittel 16 om fastlegeordningen) også utdype hva som ligger i fastlegenes medisinskfaglige koordinerende ansvar.

23.1.4 Pasientansvarlig lege

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 gir departementet hjemmel til å gi nærmere regler i forskrift om *"pasientansvarlig lege og tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell"*. Forskrift om pasientansvarleg lege m.m. ble fastsatt 1. desember 2000 og trådte i kraft 1. januar 2001. Denne forskriften er avgrenset til å gjelde ved innleggelse i somatiske institusjoner og institusjoner i det psykiske helsevernet, ved polikliniske tjenester før og etter innleggelse og ved gjentakende poliklinisk undersøkelse og behandling. Forskriften har regler om utpeking av pasientansvarlig lege, ansvarsinnholdet

i ordningen og forholdet til behandlingsansvarlig lege, journalansvarlig og informasjonsansvarlig person. Den regulerer ikke tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell, med unntak for en regel om at en psykolog kan erstatte legen i rollen som pasientansvarlig i det psykiske helsevernet, hvis det passer best. Ellers framgår det av forskriften at pasientansvarlig lege skal ha en samordningsfunksjon for behandling av pasienten og være det faste medisinskfaglige kontaktpunktet for pasienten under oppholdet. I merknadene til forskriften er det presisert at dette ansvaret innebærer å være det faste kontaktpunktet for pasienten i forhold som gjelder medisin og behandling under opphold i helseinstitusjon og ved polikliniske tjenester. Videre framgår det at pasientansvarlig lege skal ha en koordinerende funksjon for pasienten og de behandlingstjenestene som pasienten får, og ta seg av pasientens interesser på det området. Det er også presisert at pasientansvarlig lege skal fungere som en kontaktperson mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

23.2 Erfaringer med dagens ordninger

23.2.1 Plikten til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten

Hensikten med å innføre plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten var særlig å sørge for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Intensjonen er at det på denne måten kan bygges opp faste kontaktpunkter for informasjon og samarbeid på begge nivåene. Etter bestilling fra departementet av gode eksempler på samhandling på rehabiliteringsfeltet, har Helsedirektoratet i brev av 23.09.08 uttalt:

> "Erfaring viser at koordinerende enheter for re-/habilitering i kommuner og helseforetak er sentrale i forhold til å sikre kompetanseutvikling og gode systemer for samhandling og bruk av individuell plan. En sentral funksjon er å være pådrivere for den samhandlingen på tvers som dette verktøyet forutsetter. Eksempler på dette er nettverk for dialog mellom kommuner og helseforetak, utvikling og implementering av interne prosedyrer og forankring av samarbeidsavtaler på tvers av nivåer. Kompetanseutvikling internt og kompetanseutvikling eksternt er også viktige funksjoner. På denne måten skapes arbeidsfellesskap som åpner for helhetlig tilnærming."

Etableringen av koordinerende enheter har ikke skjedd i den takt en skulle ønsket. Ifølge Helsedirektoratet viser imidlertid erfaringene at reglene er gode når praksis utformes i tråd med intensjonene i regelverket. Direktoratet har også uttalt at erfaringer viser viktigheten av at koordinerende enhet tar et systemansvar for arbeidet med individuell plan.

23.2.2 Pasientansvarlig lege

Wisløff-utvalget gjennomgikk i NOU 2005:3 ordningen med pasientansvarlig lege. Her er det vist til at Helsetilsynet i flere tilsynsrapporter har påpekt at ordningen ikke er gjennomført slik lov og forskrift krever, og at mange har reist kritiske merknader mot ordningen. Wisløff-utvalgets vurdering var at manglende respekt for og oppfølging av ordningen delvis kan forklares av ordningens manglende treffsikkerhet når det gjelder

behovet for samhandling. Utvalget foreslo derfor at ordningen med pasientansvarlig lege avgrenses til å gjelde pasienter med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester.

23.3 Departementets vurderinger og forslag

23.3.1 Generelt

Etter departementets vurdering bør plikten til å ha en koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten videreføres. Økt bruk av denne ordningen representerer i likhet med økt bruk av individuell plan et betydelig potensial for å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere. Sammenhengen mellom disse ordningene bør imidlertid gjøres tydeligere.

Plikten til å etablere koordinerende enheter er avgrenset til å gjelde habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Etter departementets syn er det grunn til å vurdere om disse enhetene også bør ivareta koordineringsfunksjoner for annen virksomhet. Departementet foreslår nedenfor enkelte endringer, slik at enhetene også får et systemansvar for å følge opp arbeidet med individuelle planer. I tillegg blir dagens ordning med pasientansvarlig lege vurdert nærmere.

Generelt vil departementet understreke at endringer i lov og forskrift ikke er tilstrekkelig for å oppnå velfungerende ordninger for koordineringsansvar. I tillegg er det viktig med holdningsendringer og målrettede informasjons- og opplæringstiltak.

23.3.2 Koordinerende enhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten

Habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet har i forskrift om habilitering og rehabilitering fått en vid definisjon, jf. § 2. Her er habilitering og rehabilitering definert som "tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet". Tjenestetilbudene og ytelsene skal etter forskriften § 3 omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemning eller kronisk sykdom. Også personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemning eller kronisk sykdom omfattes.

Målgruppene for habiliterings- og rehabiliteringstjenester vil som regel ha rett til individuell plan. Vilkårene for å få rett til individuell plan er at vedkommende har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Felles for målgruppene for individuell plan og habiliterings- og rehabiliteringstjenester er dermed at bistanden må bestå av mer enn ett tiltak, at flere aktører må samarbeide, og at behovet for hjelp må strekke seg over et visst tidsrom. Etter departementets vurdering tilsier dette at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering også bør ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuelle planer.

Helsedirektoratet utga i 2008 brosjyren *Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering* (IS – 1530). Her er det gitt flere anbefalinger for at disse enhetene skal

fungere etter intensjonen. En av anbefalingene går ut på at koordinerende enhet i kommunen bør ha ansvar for opplæring og rutiner knyttet til individuell plan for å sikre brukermedvirkning. Departementet er enig i dette og at koordinerende enhet i kommunen skal ha et systemansvar for arbeidet med individuell plan, slik Helsedirektoratet har foreslått. I tillegg til å utvikle og kvalitetssikre rutiner for utarbeidelse av planen, skal et slikt ansvar innebære at enheten må sørge for nødvendig opplæring og veiledning av tverrfaglig personale. En viktig del av arbeidet vil være opplæring og veiledning av den som blir utpekt som planansvarlig person, og som i praksis skal fungere som koordinator. Det vil også være naturlig at koordinerende enhet oppnevner koordinator.

Helsedirektoratet har i brosjyren IS-1530 gitt flere anbefalinger for at koordinerende enhet i kommuner og spesialisthelsetjenesten skal fungere etter intensjonen. Departementet slutter seg til disse anbefalingene:

I kommunen:

- Den koordinerende enheten bør integreres i det eksisterende organisatoriske apparatet, for eksempel i service-, bestiller- eller forvaltningskontor eller et NAV-kontor.
- Koordinerende enhet bør forankres i et overordnet ledernivå.
- Koordinerende enhet bør sikres en styringsmyndighet på tvers av sektorer og virksomheter.
- Virksomheten bør forankres i samarbeidsavtaler mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten, NAV-kontor og Statlig spesialpedagogisk støttesystem.

I spesialisthelsetjenesten:

- Koordinerende enhet bør etableres innenfor hvert enkelt helseforetak.
- Koordinerende enhet bør ha et hovedansvar for å etablere faste og stabile samarbeidsrutiner og møteplasser med kommunene i helseforetakets primære nedslagsfelt.
- Koordinerende enhet bør utvikle et formalisert samarbeid med brukerorganisasjoner.
- Den regionale koordinerende enheten bør ha ansvar for å utvikle et nettsted med oversikt over koordinerende enhet i helseforetak og i kommuner.

Etter departementets vurdering bør plikten for kommunen til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet presiseres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Tilsvarende presisering bør tas inn i spesialisthelsetjenesteloven. Det bør også presiseres i lovteksten at disse enhetene skal ha et systemansvar for arbeidet med individuelle planer, herunder ansvar for å oppnevne koordinator.

De endringene som foreslås i dette kapitlet og i kapittel 22 vil etter departementets vurdering fange opp behov for koordinering av tjenestetilbudet.

23.3.3 Pasientansvarlig koordinator i stedet for pasientansvarlig lege

Departementet er enig i vurderingen fra Wisløff-utvalget om at ordningen med pasientansvarlig lege ikke er treffsikker når det gjelder behovet for samhandling. Utvalgets vurdering var at ordningen i større grad må målrettes mot de pasientgruppene

som trenger dette mest, og utvalget foreslo derfor at ordningen skulle avgrenses til å gjelde pasienter med komplekse eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester.

Etter departementets vurdering er det grunn til å ha en ordning som er mer målrettet samtidig som den er profesjonsnøytral. Departementet mener for det første at ordningen bør avgrenses til pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester. I tillegg viser departementet til uttalelsen fra helse- og omsorgskomiteen om at rollen som pasientkoordinator kan fylles av flere faggrupper. Departementet har også mottatt innspill fra annet hold om at ordningen med pasientansvarlig lege har bidratt til å undergrave en tverrfaglig arbeidsdeling i spesialisthelsetjenesten. På denne bakgrunn foreslår departementet at bestemmelsen om pasientansvarlig lege m.m. i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 ikke videreføres, men at det i stedet tas inn en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven om pasientansvarlig koordinator. I likhet med det som foreslås for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, foreslås det at koordinator skal ha et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

23.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene i dette kapitlet innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Forslaget om at de koordinerende enhetene også skal ha systemansvar for arbeidet med individuell plan og forslaget om at pasientansvarlig koordinator skal erstatte pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten, innbærer endringer i forhold til gjeldende rett. Departementet legger imidlertid til grunn at disse endringene ikke vil medføre store administrative eller økonomiske konsekvenser.

24 Samarbeid mellom kommuner

24.1 Innledning

I stortingsmeldingen ble det lagt til grunn at kommunene selv vil måtte finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. Meldingen legger vekt på at ny kommunal helse- og omsorgslov vil bygge på en forutsetning om at kommuner i nødvendig utstrekning inngår samarbeid om de nye aktuelle oppgavene som følge av reformen. Det ble derfor forutsatt at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig.

Det ble i meldingen lagt til grunn at Regjeringen ikke vil lovregulere samarbeidet mellom kommuner, men peke på ulike måter å innrette et interkommunalt samarbeid på. Det skal være opp til kommunene å finne frem til hvilke organisasjonsformer for samarbeid som er best egnet. Det vises til at interkommunalt samarbeid kan organiseres etter kommuneloven § 27, interkommunalt selskap, aksjeselskap, vertskommunemodell eller etter en samkommunemodell.

I innstilling nr. 212 S (2009-2010) om samhandlingsreformen gir komiteen sin støtte til at kommuner i nødvendig grad inngår samarbeid for å kunne oppnå de ønskede helsemessige og samfunnsmessige gevinster ved reformen. Det blir eksempelvis fra komiteens side understreket at etablering av gode lokalmedisinske sentra vil kreve en viss størrelse på befolkningsgrunnlaget. Videre viser komiteen til at frivillig kommunesammenslåing kan være et alternativ som bør vurderes i de lokaldemokratiske prosessene rundt valg av modell. Det blir presisert fra komiteens side at uavhengig av hvilken samarbeidsmodell kommunene velger, må rettigheter for pasientene være like mellom kommuner og samarbeidende kommuner med klare ansvarslinjer.

Departementet legger i dette forslaget opp til at kommunene i fremtiden vil få flere og mer utfordrende oppgaver enn de oppgaver som tilligger dem i dag. Nedenfor redegjør departementet for samarbeidsmodeller som kan være aktuelle for kommunene for å imøtekomme de oppgaver og utfordringer de vil møte i oppfølgingen av samhandlingsreformen. Omtalen av de ulike samarbeidsmodellene er hentet fra Ot.prp. nr 95 (2005-2006) om kommuner og fylkeskommuner (interkommunalt samarbeid) og Kommunal- og regionaldepartementet sitt høringsnotat av 26.04.10 om forslag til lovfesting av samkommunemodellen. Departementet viser til de modeller for samarbeid som antas å være best egnet for kommuner som ser det hensiktsmessig og nødvendig å samarbeide for å løse oppgaver innen helse- og omsorgssektoren i fremtiden.

24.2 Krav til samarbeid etter kommunehelsetjenesteloven

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-4 fjerde ledd at:

"Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet"

Det fremgår av forarbeidende til bestemmelsen at man anser et slikt samarbeid påkrevet for å kunne gi pasienter og befolkningen generelt best mulig helsetjeneste. Det er også nødvendig for at de midler man har – penger, utstyr og personale – kan bli best mulig utnyttet.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd kan departementet påby samarbeid mellom kommuner når dette er påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten, og om nødvendig gi regler for et slikt samarbeid, herunder også fordeling av utgifter. I forarbeidende til bestemmelsen ble det vist til at samarbeid mellom kommuner om helsetjenesten vil kunne bli aktuelt i kommuner som er så små at de f.eks. ikke kan ha kommunelege eller fysioterapeut alene. Samarbeid mellom kommuner vil da være nødvendig for å få dekket befolkningens rett til disse tjenestene.

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-6 annet ledd fremgår det at helsetjenesten i kommunen skal yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner, dersom forholdene tilsier det. Anmodning om bistand skal fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet. I forarbeidende til bestemmelsen blir det uttalt at forhold som kan tilsi at bistand er nødvendig er at det foreligger behov for ressurser, personell, materiell eller lokaler som en kommune ikke har tilgjengelig eller disponerer over i sin

drift. Eksempler på ulykker eller kriser hvor det kan være aktuelt med bistand er tog- eller flyulykke, flykapringer, flom, snøskred, store epidemier, utslipp av farlige gasser etc.

Det fremgår av bestemmelsens tredje ledd at den kommunen som yter bistand skal ha kompensasjon for utgiftene fra kommunen det ytes bistand til. Kommunene står imidlertid fritt til å inngå avtale om en annen løsning.

24.3 Ulike interkommunale samarbeidsmodeller

24.3.1 Innledning

I dag samarbeider kommuner på mange forskjellige måter, fra det helt formløse samarbeid til samarbeid innenfor definerte selskapsformer. De mest alminnelige former for interkommunalt samarbeid er interkommunale styrer etter kommuneloven § 27 og interkommunale selskaper etter lov om interkommunale selskaper. Dessuten finnes bestemmelser om interkommunalt samarbeid i enkelte andre lover som gjelder oppgaveløsning for kommunene. Samarbeid mellom kommuner reguleres således både av kommunallovgivningen og av særlovgivningen.

Et vesentlig skille går mellom de organisasjonsformer hvor det ikke opprettes noen felles organisatorisk overbygning og samarbeid med slik overbygning, typisk et felles styre med representanter fra hver deltakerkommune. Interkommunale løsninger organiseres også i en viss utstrekning som aksjeselskap, og også som foreninger og stiftelser.

I tilfeller hvor kommunen er pålagt en oppgave gjennom lov blir det et spørsmål hvilke organisasjonsformer som kan benyttes for å utføre den aktuelle oppgaven. Utgangspunktet er at dersom den aktuelle særloven ikke gir avgrensninger for hvordan virksomheten kan organiseres, står kommunene fritt til å velge organisasjonsform.

Når det gjelder adgangen til å delegere lovregulert myndighetsutøvelse til interkommunale enheter, gir kommuneloven § 28a en generell hjemmel for å samarbeide om lovpålagte oppgaver, herunder myndighetsutøvelse. Unntak fra dette utgangspunktet må fremgå av særlovgivningen.

Et hovedskille ved valg av samarbeidsform, er om samarbeidet gjelder oppgaver som kommunene frivillig har påtatt seg eller om det gjelder lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet. Når det gjelder det førstnevnte samarbeid, er aktuelle modeller:

- Aksjeselskap etter aksjeloven
- Interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper
- Interkommunalt samarbeid med eget styre etter kommuneloven § 27

Når det gjelder samarbeid om lovpålagte oppgaver som innebærer myndighetsutøvelse, er det som hovedregel vertskommunesamarbeid etter kommuneloven §§ 28 a-k kommunene kan anvende. Kommunal- og regionaldepartementet sendte den 26. april 2010 ut et høringsnotat med forslag om å lovfeste en samkommunemodell. Samkommunemodellen er tilpasset kommunens mer individrettede tjenesteyting, og intensjonen er at kommunene

i større grad enn i andre samarbeidsmodeller, skal kunne ivareta en helhetlig og samordnet politisk ledelse av oppgavene det samarbeides om.

24.3.2 Interkommunalt styre etter kommuneloven § 27

Kommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27 utgjør i dag en sentral del av interkommunalt samarbeid. Det fremgår av kommuneloven § 27 første ledd at *"to eller flere kommuner, to eller flere fylkeskommuner, eller en eller flere kommuner og en eller flere fylkeskommuner, kan opprette et eget styre til løsning av felles oppgaver. Kommunestyret og fylkestinget gjør selv vedtak om opprettelse av slikt styre. Til slikt styre kan kommunestyret eller fylkestinget selv gi myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift og organisering".*

Det er begrenset hvilken myndighet som kan legges til styret, jf. lovens ordlyd "drift og organisering". Bestemmelsen er svært gammel og ble utformet med sikte på driftsmessig og administrativt samarbeid om f.eks. bygging og drift av anlegg for strøm- eller vannforsyning, kloakk og renovasjon.

Samarbeid etter den rettslige rammen som kommuneloven § 27 gir, kan være et alternativ til en selskapsrettslig organisering som f.eks. interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper. Samarbeid etter kommuneloven § 27 er også blitt benyttet som organisasjonsmodell for mange regionsråd.

24.3.3 Interkommunalt selskap

Lov om interkommunale selskaper trådte i kraft 1. januar 2000. Denne organisasjonsformen er utviklet for virksomhet med forretningsmessig preg/næringsvirksomhet. Loven setter imidlertid ingen begrensninger for hvilken type virksomhet som kan organiseres etter denne selskapsformen, såfremt ikke særlovgivningen selv setter slike begrensninger.

Det følger av loven at både kommuner og interkommunale selskaper kan være deltakere i interkommunale selskaper, jf. § 1. På samme måte som for interkommunale samarbeid med felles styre etter § 27 i kommuneloven, kan ikke staten, private eller aksjeselskaper være deltakere i interkommunale selskaper, jf. § 1. Derimot kan et interkommunalt selskap være deltaker i et aksjeselskap. Lov om interkommunale selskaper er i per i dag den eneste selskapsformen for interkommunalt samarbeid hvor deltakerne har ubegrenset ansvar.

Det følger av lovens § 4 at det er selskapsavtalen som er det rettslige grunnlaget for samarbeidet mellom kommunene. Kommunene utøver sin eierstyring gjennom representantskapet, jf. §§ 6 og 7. Representantskapet er det øverste organet i selskapet og skal ha minst en representant fra hver kommune, som velges av kommunestyrene selv. Det enkelte kommunestyre har instruksjonsrett overfor sine egne medlemmer i representantskapet.

24.3.4 Aksjeselskap

Aksjeselskapsformen er regulert i aksjeloven av 13. juni 1997 nr. 44. Denne organisasjonsformen er først og fremst utviklet med tanke på private aktører og for virksomhet med økonomisk formål, men også kommuner kan ta den i bruk. Kommuner kan delta i aksjeselskap med andre kommuner, andre offentlige rettssubjekter eller private. Det kan også etableres aksjeselskap hvor kommunen er eneste aksjonær.

Det som er spesielt for aksjeselskapsformen, er at deltakerne (det vil si aksjeeierne) har et begrenset økonomisk ansvar for selskapets forpliktelser. Selskapets kreditorer kan bare rette sine krav mot selskapet, og aksjeeierne kan ikke gjøres ansvarlig for mer enn aksjeinnskuddet.

Aksjeselskap skal ha generalforsamling, styre og daglig leder. Generalforsamlingen er det øverste organet for aksjeselskapet, mens styret er underordnet generalforsamlingen og daglig leder underordnet styret. Styret og daglig leder utgjør den daglige ledelsen av aksjeselskapet. Det er således generalforsamlingen som er eiernes organ, og det er først og fremst gjennom vedtak i dette organet at deltakerkommunene kan utøve sin eierkompetanse.

24.3.5 Vertskommune

Fra 1. januar 2007 ble det innført en generell hjemmel i kommuneloven §§ 28 a-k som åpner for samarbeid mellom kommuner om lovpålagte oppgaver, jf. Ot.prp. nr. 95 (2005-2006) Om lov om endringar i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (interkommunalt samarbeid).

Et av hovedsiktemålene med de nye bestemmelsene var å gjøre det forsvarlig å etablere interkommunalt samarbeid når det gjelder oppgaver som innebærer offentlig myndighetsutøvelse. Bakgrunnen for innføringen av modellene var særlig det å gjøre det mulig for kommunene å bygge opp velfungerende fagmiljøer i områder av landet der den enkelte kommune hver for seg kan ha vansker med å etablere den type kompetanse som kreves for å utføre hele registeret av oppgaver som er pålagt.

Vertskommunesamarbeidet innebærer at beslutningsmyndighet blir delegert fra en eller flere kommuner til vertskommunen. Til grunn for samarbeidet skal det ligge en samarbeidsavtale.

Loven skiller mellom administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Der det ikke overføres beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter, kan kommunene opprette et administrativt kommunesamarbeid. De ulike deltakerkommunene kan delegere ulik kompetanse til vertskommunens administrasjon innenfor et slikt administrativt vertskommunesamarbeid. Beslutningene treffes da av administrasjonen i vertskommunen.

Det kan også overføres beslutningsmyndighet i prinsipielle saker. I så fall må kommunene inngå et vertskommunesamarbeid med en felles folkevalgt nemnd som treffer avgjørelser i slike saker. Øvrige saker kan delegeres til vertskommunens administrasjon. Hver av deltakerkommunene skal være representert med to eller flere representanter i nemnda. Der

kommunene etablerer en felles folkevalgt nemnd som skal ta prinsipielle beslutninger, må alle deltagerkommunene delegere samme myndighet til den felles politiske nemnda.

Vertskommunemodellen er en svært fleksibel modell. Et eksempel er dersom fire kommuner ønsker å samarbeide om fire ulike oppgaver, kan dette gjøres på ulike måter innen vertskommunemodellen. Et alternativ er å legge alle oppgavene inn i ett felles vertskommunesamarbeid med eller uten felles folkevalgt nemnd. Et annet alternativ er å etablere fire ulike vertskommunesamarbeid, hvor hver av deltakerkommunene er vertskommune for en av oppgavene det samarbeides om, og hvor hvert samarbeid eventuelt har sin egen nemnd. Politisk koordinering av oppgavene kan sikres ved å oppnevne de samme personene til alle fire nemndene.

For begge vertskommunemodellene er det lagt vekt på å ivareta rettssikkerheten gjennom å klargjøre systemet for forvaltningsklage og lovlighetskontroll. Det er også lagt vekt på å sikre at den enkelte deltakerkommunes mulighet til å påvirke/treffe avgjørelse i enkeltsaker som er delegert til vertskommunen. Den enkelte deltakerkommune kan gi vertskommunen instruks om utøvelsen av den delegerte myndigheten i saker som alene gjelder deltakerkommunen eller dennes innbyggere.

24.3.6 Forslag om ny samkommunemodell

Som nevnt sendte Kommunal- og regionaldepartementet 26. april 2010 ut et høringsnotat med forslag om å lovfeste en samkommunemodell. Det fremkommer av høringsnotatet at forslaget er tilstrebet å komme frem til en robust samkommunemodell som gjør det demokratisk og rettsikkerhetsmessig forsvarlig å overføre utførelsen av lovpålagte oppgaver med innslag av myndighetsutøvelse til samkommunen. Dette vil også innebære oppgaver som kan sies å være av mer prinsipiell karakter.

Vertskommunemodellen er utformet med tanke på samarbeid på ett eller noen sektorområder for å løse lovpålagte oppgaver. Samkommunemodellen er også utformet med sikte på å gjøre det forsvarlig for kommunene å løse utførelsen av kommunale kjerneoppgaver, herunder innbyggerrettet tjenesteyting og myndighetsutøvelse, i samarbeid med andre. Det er således et visst overlapp i formålet med de ulike modellene. Samkommunemodellen er imidlertid i større grad enn vertskommunemodellen, tilpasset samarbeid på et bredere og mer sektorovergripende oppgavefelt, der det i betydelig grad overføres beslutningsmyndighet til samkommunestyret fra den enkelte deltakerkommune. Modellen innebærer i stor grad at samkommunen ivaretar politisk styring, samordning og prioritering på vegne av deltakerkommunene.

Samkommunen er foreslått strukturelt oppbygd som en kommune, og kommunelovens regler vil gjelde tilsvarende så langt de passer. Kommunal- og regionaldepartementet har derfor foreslått å regulere samkommunemodellen i et eget kapittel i kommuneloven. Det er likevel ikke alle bestemmelsene i kommuneloven som er aktuelle for samkommunen. På denne bakgrunn er det foreslått å ta inn en bestemmelse om at kommuneloven skal gjelde for samkommunen, med mindre det motsatte framgår av kommunelovens bestemmelser.

Samkommunen er et nytt interkommunalt forvaltningsorgan som får sin myndighet overført fra deltakerkommunen. Det er et krav om at deltakerkommunene må overføre samme kompetanse, både i art og omfang. Det er i høringsnotatet uttalt at det er lagt vekt på at modellen rendyrkes og at det må legges vekt på at blir effektiv og styringsdyktig. Det er derfor foreslått at deltakerkommunene ikke skal ha noen form for instruksjons- eller omgjøringsrett på de lovområdene som de legger inn i samkommunesamarbeidet.

Samkommunemodellen er en frivillig samarbeidsmodell som bygger på avtale mellom deltakerkommune. Samarbeidsavtalen skal ha et minstemål av innhold for å skape nødvendig avklaring mellom deltakerne i forhold til f.eks. hvilke fullmakter som legges til samarbeidet, hvordan organisering skal skje, sammensetning av organer, ansvarsforhold mv.

Samkommunen skal ha et felles styringsorgan (samkommunestyret) valgt av og blant kommunestyrene i deltakerkommunene (minimum tre fra hver av kommunene). Samkommunen er en egen juridisk person med de rettsvirkninger dette har. En samkommune vil dermed som eget rettssubjekt ha sivilprosessuell partsevne og kunne ha stilling som part i forhold til offentlig forvaltning, for eksempel i forhold til tinglysningsregler og i forhold til rettigheter og plikter etter forvaltningsloven, og avtaler med statlige virksomheter.

Videre vil samkommunen som eget rettsubjekt være rettslig ansvarlig for sine forpliktelser. Spørsmålet om ansvar for deltakerkommunene ved siden av samarbeidsorganets eget ansvar, vil være aktuelt hvor kreditor ikke får oppfyllelse fra en samkommune. Det fremgår av lovforslaget om samkommune at deltakeransvaret i slike tilfeller skal være pro rata. Det skal i samarbeidsavtalen fastsettes hvilken andel de ulike deltakerne hefter for av samkommunens forpliktelser.

24.4 Departementets vurderinger og forslag

24.4.1 Departementets vurdering av de ulike samarbeidsmodellene i lys av ny framtidig kommunerolle

Departementet vurderer det slik at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten over hele landet i årene fremover skal utvikles i samsvar med fremtidens kommunerolle, vil det oppstå et behov for at det etableres omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke. Dette blir også fremhevet i stortingsmeldingen og i innstillingen.

Kommuner som samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten, vil ikke bare kunne utvikle mer robuste fagmiljøer. De vil ventelig oppnå ikke ubetydelige stordriftsfordeler i og med at det her dreier seg om kommunale sektorer som samlet belaster vesentlige deler av kommunenes økonomi/budsjett.

Forslaget til lovfesting av en samkommunemodell vil være et viktig bidrag med tanke på oppfølgingen av samhandlingsreformen, og gi kommunene et nyttig virkemiddel for mer omfattende kommunesamarbeid.

Forslaget til ny helse- og omsorgslov bygger på en forutsetning om at kommuner i nødvendig utstrekning inngår samarbeid om de aktuelle oppgavene. Forslaget til samkommunemodell synes derfor å gi kommunene et godt alternativ når det gjelder valg av samarbeidsform. Departementet vurderer det slik at samkommunemodellen eller vertskommunemodellen i mange tilfeller vil kunne være de mest hensiktsmessige måtene å møte nye fremtidige utfordringer og oppgaver innen helse- og omsorgssektoren, især for de minste kommunene. Samkommunemodellen og vertskommunemodellen er tiltenkt å kunne løse større og mer omfattende oppgaver som krever særlig fagkompetanse. Av den grunn vil departementet oppfordre kommunene til å vurdere disse modellene for samarbeid.

Andre samarbeidsmodeller kan også være aktuelle, som f.eks. interkommunale selskaper. Ved samarbeid om drift av f.eks. lokalmedisinske sentra kan interkommunale selskaper være en aktuell samarbeidsform. Eksempel på dette er Fosen DMS IKS. Departementet anser det som sentralt og avgjørende at kommunene benytter seg av de samarbeidsmodellene som er tilgjengelige. Slikt samarbeid kan være nødvendig som følge av utfordringene man i fremtiden vil stå overfor, og for å sikre hensiktsmessige løsninger til det beste for pasientene.

24.4.2 Forslag til krav om samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner

Det er sentralt og avgjørende at pasientene får tilbud om gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. For å oppnå dette er det departementets oppfatning viktig at kommunene samarbeider der dette er nødvendig for å få dekket pasientens rett til tjenester, især gjelder dette for små kommuner. Mange av dagens norske kommuner er små med et innbyggertall på under 5000 innbyggere. Disse kommunene kan ha utfordringer med å være i stand til å tilby gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester på noen områder til sine innbyggere. I tilfeller hvor kommunen har slike problemer må kommunen søke å inngå samarbeid med andre nærliggende kommuner.

Departementet er av den oppfatning at et slikt samarbeid i utgangspunktet bør inngås frivillig. De samarbeidsmodeller som er aktuelle for kommunene er beskrevet ovenfor under punkt 24.3. Det er opp til kommunene som skal inngå samarbeid å velge den modellen som er best egnet for det samarbeid som tenkes inngått. Departementet mener likevel at i de tilfeller hvor et slikt samarbeid likevel ikke inngås hvor det er påkrevet, og dette utgjør en risiko for at pasientene ikke får de helse- og omsorgstjenester de har krav på etter loven, må departementet ha mulighet til å kunne påby et slikt samarbeid. Departementet antar imidlertid at det ikke vil være særlig aktuelt å pålegge et slikt samarbeid, fordi kommunene selv ser egen interesse av å inngå slikt samarbeid. Men av hensyn til pasientene og deres rettsikkerhet vil departementet likevel foreslå å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd i ny helse- og omsorgslov. Bestemmelsen må anses som en svært snever unntaksregel, hvor det skal svært mye til før departementet kan pålegge et samarbeid mellom kommuner.

Departementet vil også foreslå å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 1-6 annet og tredje ledd om gjensidig bistand mellom kommuner i ny helse- og omsorgslov.

Etter dagens kommunehelsetjenestelov § 1-4 fjerde ledd plikter kommunen å samarbeide med blant annet fylkeskommunen. Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Mange av de som har rett til fylkeskommunale tannhelsetjenester oppholder seg i kommunale institusjoner eller får kommunale tjenester innen hjemmesykepleien og psykisk helsevern. For at innbyggere som har rett til fylkeskommunale tannhelsetjenester skal få informasjon om sin rettighet (via kommunal pleie- og omsorgstjeneste) og gis mulighet til å få innfridd sin rett er det nødvendig at kommunen og fylkeskommunen samarbeider. Kommunene har også de siste årene også fått økte midler til tannhelsetjenester til rusmiddelavhengige i kommunal rusomsorg. For at disse skal kunne få nødvendig tannhelsehjelp er det avgjørende at kommunen samarbeider med aktuell fylkeskommune om organiseringen av tilbudet av tannhelsetjenester. Fylkeskommunen har også et ansvar for forebygging og folkehelsearbeid, og den er avhengig av et godt samarbeid med andre tjenesteområder. Aktuelle samarbeidspartnere i kommunen i den sammenheng er skole, barnehage, helsestasjon, asylmottak mv.

Samarbeid mellom ulike tjenestenivå er påkrevet for at man kan skal være i stand til å gi pasienter og befolkningen generelt best mulig helsetjeneste. Selv om det nå foreslås å innføre lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, se kapittel 25, finner departementet det unaturlig å kun lovfeste at kommuner skal samarbeide med fylkeskommunen. For å få frem kravet til helhetlige og integrerte tjenester, vil departementet derfor foreslå å videreføre dagens kommunehelsetjenestelov § 1-4 fjerde ledd.

24.4.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Når det gjelder lovforslagene er dette en videreføring av gjeldende rett, og følgelig mener departementet at det ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser.

25 Avtalebasert lovpålagt samarbeid

25.1 Innledning

Det er viktig for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp til det beste for den enkelte pasient at det er gode og systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene. Et sentralt verktøy for å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud er samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

I dette kapittelet vil departementet omtale de eksisterende avtalene mellom helseforetak og kommuner, og foreslå et nytt lovpålagt avtalesystem som skal bidra til å iverksette og understøtte samhandlingsreformen.

25.2 Gjeldende rammeavtale med KS

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet ble inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS 21. juni 2007.

Formålet med rammeavtalen er at den skal understøtte inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler og danne grunnlag for samhandling mellom kommuner og regionale helseforetak og helseforetak som likeverdige parter. Videre skal den bidra til systematisk oppfølgning av samhandling på nasjonalt nivå, inkludert vurdering av om rammebetingelsene for samhandling bør legges bedre til rette. Rammeavtalen er inngått for tre år.

Avtalepartene i rammeavtalen legger vekt på at det i arbeidet med de lokale samhandlingsavtalene må sikres forankring på hvert nivå, gode prosesser og arenaer for oppfølgning av avtalene. Partene legger også vekt på at de lokale avtalene skal ha god forankring i ledelsen. Det vil si på politisk nivå i kommunen og i styret i foretaket. Videre at avtalen blir godt kjent i tjenestene og hos hver enkelt ansatt i helsetjenesten.

Partene i rammeavtalen mener at hovedelementene i arbeidet med avtalene lokalt bør være:

- Ivareta likeverdighet mellom avtalepartene
- Sikre god forankring i ledelsen
- Klargjøre ansvar på administrativt nivå og på tjenesteytende nivå for utforming og iverksetting av samhandlingstiltak
- Bidra til å følge opp LEON - prinsippet
- Utvikle tiltak som bidrar til god flyt og sammenheng og som unngår tidsspill for pasienter og brukere som forflytter seg innad og mellom tjenestenivåene
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte

Helsedirektoratet har vært sekretariat for rammeavtalen, og det ble i 2007 og 2008 gjennomført en rekke tiltak og aktiviteter for å bidra til utvikling av lokale samarbeidsavtaler. Gjennom styringssignal til de regionale helseforetak og fylkesmennene i 2008 ble det stilt krav om å medvirke til at alle kommuner og helseforetak inngikk avtale om samhandling i løpet av 2009. Det ble utarbeidet en nasjonale veileder for inngåelse av avtaler. På oppdrag fra Helsedirektoratet foretok SINTEF høsten 2008 en gjennomgang av alle samarbeidsavtaler mellom foretak og kommuner. De fant at alle foretakene hadde samarbeidsavtaler med kommunene i sine nedslagfelt innenfor somatikk og psykiatri, mens det kun forelå samarbeidsavtaler på rusområdet for halvparten av kommunene. Avtaler som var inngått hadde til en viss grad forskjeller i innhold og kommunene meldte at de ikke opplevde seg om likeverdige samarbeidspartnere.

Helsedirektoratet har også i samarbeid med partene bidratt til erfaringsutveksling om gode eksempler på samhandling, blant annet gjennom nettstedet www.helsedialog.no. Som følge av rammeavtalen er det etablert flere lokale og regionale samarbeidsstrukturer mellom kommuner og helseforetak. For å bidra til bedre dokumentasjon og kunnskapsgrunnlag, har SINTEF fått et oppdrag om å utvikle indikatorer om samhandling.

Departementet og KS vil forlenge rammeavtalen i påvente av arbeidet med samhandlingsreformen. Regjeringen vil følge opp Innst. 212 S (2009-2010) hvor Helse- og omsorgskomiteen anbefaler at de nasjonale avtalene mellom KS og Regjeringen videreføres. Erfaringene fra rammeavtalene vil inngå i arbeidet med å videreføre avtalene. Departementet vil ha tett kontakt med KS og de regionale helseforetakene samt konsultere bruker- og pasientorganisasjoner og de ansattes organisasjoner om hvordan avtaler kan være et strategisk og effektivt samhandlingsverktøy. I tillegg til arbeidet med lovmessige sidene ved avtaler som drøftes i dette høringsnotatet, vil departementet forestå et opplegg for å medvirke til at avtalene kan gjøres gjeldende fra 2012 som et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen. Det vises til arbeidet med en nasjonal helse- og omsorgsplan for en nærmere redegjørelse for dette opplegget.

25.3 NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste

Wisløff-utvalget har i NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt* behandlet samhandling i helsetjenesten i kapittel 4. I dette kapitlet omtaler utvalget ulike typer samhandlingsrelasjoner og samhandlingsarenaer. Foruten nødvendig samarbeid om pasienten i ulike faser av behandlingsforløpet omtales også samarbeids- og samhandlingstiltak som hospitering, praksiskonsulentordninger, kompetansesentre mv. Når det gjelder formaliserte avtaler om samarbeid skriver utvalget følgende:

> ”Kommuner og foretak har ikke plikt til å inngå avtaler med hverandre om samhandling, verken i forhold til enkeltpasienter eller om forhold på systemnivå. I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene er det imidlertid for 2005 lagt inn krav om at DPSene skal inngå avtaler med kommuner med hensyn til oppfølging og utskriving av enkeltpasienter og veiledning av 1. linjen (kommunehelsetjenesten).
>
> Til tross for dette blir avtaler i stadig økende grad brukt for å regulere et mer formalisert samarbeid mellom tjenestenivåene. Særlig har samarbeidsavtaler blitt ett av virkemidlene for å ivareta pasientens behov for en sammenhengende behandlingskjede.
>
> Avtalene mellom kommuner og foretak har en svært ulik utforming og regulerer ulike deler av tjenesteområdet (se vedlegg med eksempel fra Trondheim kommune). Enkelte avtaler har en ensidig fokusering på håndtering av utskrivingsklare pasienter, mens andre bærer preg av større gjensidighet mellom partene og regulerer en rekke forhold. Avtalene sikrer rutiner ved informasjonsoverføring, gode samarbeidsrutiner for innleggelse og utskrivning, samt retningslinjer for håndtering av uenighet. Avtalene kan også regulere veiledning og kompetanseoppbygging. Samarbeidsavtalene inngås mellom helseforetak og kommunene i opptaksområdet.
>
> Noen helseforetak og kommuner inngår separate avtaler for ulike områder som somatikk, rus, psykisk helsevern og eventuelt også med barne- og ungdomspsykiatri som eget område. Andre helseforetak og kommuner søker å integrere helsetjenestene i distriktet i en felles avtale. Det varierer om det er helseforetaket eller kommunen som tar initiativ til avtaleinngåelsene. Oslo kommune har for eksempel tatt initiativ til en overordnet samarbeidsavtale for psykisk helsevern med de fem helseforetakene som har kommunen i sitt opptaksområde, og de femten bydelene skal inngå samarbeidsavtaler med sine respektive

helseforetak. Helse Øst påla sine foretak om å inngå avtaler, gjerne felles for alle helsetjenester.

Helse Midt-Norge har rustiltakene i et separat helseforetak, og inviterer nå kommunene i helseregionen til å inngå samarbeidsavtaler. Samarbeidet mellom rusfeltet og psykisk helsevern er blitt styrket og alle henviste pasienter får en tverrfaglig vurdering av sitt behandlingsbehov.

De regionale helseforetakenes nasjonale gruppe for samhandling har gått gjennom er rekke eksempler på samarbeidsavtaler, og har oppsummert forhold ved avtalene som har spesiell betydning for å få gode avtaler."

I kapittel 8 om rammebetingelser for samhandling omtaler Wisløff-utvalget nærmere hva eksisterende avtaler mellom kommuner og foretak inneholder, hva de regionale helseforetakenes nasjonale gruppe for samhandling har oppsummert som viktig for å få til gode avtaler og hva avtalene etter utvalgets mening minimum bør inneholde:

- "Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten forutsetter gjensidighet og likeverdighet mellom partene.
- Lik avtale for alle kommunene i opptaksområdet til en institusjon eller et foretak.
- Utarbeidelse av avtalene må skje i en arbeidsgruppe med representanter for begge nivå.
- Avtalene bør regulere både samarbeid på et overordnet plan og i det daglige praktiske arbeidet.
- Deler av kommunens ansvar må innarbeides i kommunens avtale med fastlegene.
- Avtalene må angi retningslinjer for håndtering av uenighet.
- Avtalene må omfatte forpliktelser til konsekvensutredninger ved aktuelle større endringer i egen virksomhet.
- Avtalene må angi kontaktpunkter (sted for henvendelse) mellom foretak og kommune."

I kapittel 10 der Wisløff-utvalget fremsetter forslag til tiltak for å fremme samhandling gir utvalget uttrykk for at det har stor verdi at kommuner og foretak utarbeider formaliserte avtaler som ivaretar samhandlingsbehovet mellom forvaltningsnivåene. Utvalget har følgende forslag til tiltak når det gjelder avtaler mellom kommuner og foretak:

"Utvalget foreslår å pålegge kommuner og foretak en gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale med sikte på å oppnå mer helhetlig pasientbehandling."

"Utvalget foreslår at avtalen skal vedta av kommunestyret selv og av foretaksstyret selv. Avtalene må blant annet inneholde krav til gjensidige konsekvensutredninger ved planlegging av større tiltak som kan berøre partene. Avtalene må som et minimum revideres hvert fjerde år."

25.4 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

I St.meld. nr. 47 (2008-20009) forutsetter departementet i forbindelse med beskrivelsen av den nye fremtidige kommunerollen at det legges opp til et forpliktende avtalesystem

mellom kommuner/samarbeidende kommer og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og nært samarbeid. Det fremgår at regjeringen i det videre arbeidet med samhandlingsreformen også vil vurdere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.

Departementet påpeker i meldingen at det ikke er mulig å utforme en endelig grensegradning i ansvarsforholdet mellom nivåene i helsetjenesten. Dessuten vil den faglige utviklingen fortsette også etter denne reformen. Forpliktende samarbeidsavtaler mellom nivåene i helsetjenesten fremheves som et sentralt verktøy for å sikre helhetlige og sammenhengene pasientforløp og tjenestetilbud. Avtalene skal ha fokus på forhold som påvirker kvaliteten på tjenestene. Departementet fremhever i meldingen at avtalene må utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunene med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunene selv settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

25.5 Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform

Komiteen mener at samhandlingsutfordringene er betydelige mellom kommuner og foretak og peker på forpliktende avtaler som et nytt virkemiddel i denne sammenheng.

Ved omtalen av den nye kommunerollen gir komiteen sin tilslutning til at det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner og foretak. Komiteen mener at innføring av en ordning med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter forutsetter at det foreligger konkrete avtaler som regulerer forholdet mellom kommuner og helseforetak. Avtalene må sikre gode prosesser knyttet til felles forståelse av kriterier for når pasienter er klare for utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Videre mener komiteen at slike avtaler på tilsvarende måte må omhandle prosesser og kriterier knyttet til innleggelse i spesialisthelsetjenesten og alternative tiltak i kommunehelsetjenesten. Komiteen mener det er viktig at det etableres standarder for avtaler mellom kommuner og helseforetak og hvorledes disse skal følges opp.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak kan innbefatte at et lokalsykehus står for lokalbaserte tjenester som andre steder ville være naturlig å samle i et lokalmedisinsk senter. Komiteen uttrykker enighet i at det videre utredningsarbeid avklarer hvordan myndighetene skal følge opp arbeidet.

Det fremgår av innstillingen at Kommunal- og forvaltningskomiteen mener at avtaler mellom kommuner og foretak skal ha et langsiktig perspektiv.

25.6 Departementets vurderinger og forslag

I arbeidet med samhandlingsreformen er det lagt vekt på at lovgivning og finansieringsordninger er viktige virkemidler for å legge til rette for bedre samhandling innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten, det vil si innenfor og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I de gjeldende helselovene finnes en god del bestemmelser som har som målsetting å fremme samhandling innenfor helse- og omsorgstjenesten, dvs. både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene. Det finnes både direkte pålegg om samhandling og bestemmelser som pålegger tiltak som skal føre til samhandling og koordinerte tjenester. Påleggene retter seg både mot systemene og direkte mot individer i systemene. Som eksempler nevnes at kommunehelsetjenesteloven § 1-4 fjerde ledd pålegger kommunen å samarbeide med blant annet regionale helseforetak slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet. Etter helseforetaksloven § 41 skal foretakene samarbeide med andre, som for eksempel kommunen, når det fremmer foretakets formål. Etter pasientrettighetsloven § 2-5 har visse pasienter krav på individuell plan, og tjenestene er pålagt å oppfylle denne rettigheten.

Når det gjennom utredninger og tilsyn allikevel påvises at helse- og omsorgstjenestene, både mellom tjenestenivåene og innad i tjenestene, ikke samhandler i tilstrekkelig grad, må man erkjenne at nasjonal styring av tjenestene gjennom lovgivning ikke har fungert som forventet på dette området. Det kan være mange grunner til at helsetjenestene ikke følger opp de påleggene Stortinget vedtar gjennom lovgivningen. Manglende kunnskap om lovbestemmelsene kan være en årsak, manglende tro på effekten av samhandling kan være en annen. Det er også grunn til å anta at organisering, systemer og rutiner ikke ligger til rette for at den enkelte tjenesteyter har en oppfordring i det daglige arbeidet til å samhandle med andre tjenesteytere, særlig tjenesteytere utenfor egen virksomhet. Departementet antar at det i tillegg til lovgivning kan være nødvendig å ta i bruk virkemidler som støtter opp om lovgivningen på dette området. Dersom virksomhetene allerede i utgangspunktet er i en samarbeidssituasjon når det legges planer for virksomhetene og når rutiner for det daglige arbeidet utarbeides, antas det å ligge bedre til rette for gjennomføring av nødvendig samhandling. Det antas at avtaler kan ha en slik indirekte funksjon som et virkemiddel som understøtter lovgivning om samhandling. Hvis kommuner og foretak gjennom avtalebasert samarbeid skal legge til rette for samhandling, er det grunn til å tro at tilretteleggingen blir bedre og at den enkelte tjenesteyter får en helt annen oppmerksomhet på forpliktelsene til og fordelene ved samhandling. Dersom avtalebasert samarbeid dessuten pålegges ved lov, vil lovpålegg og avtaler gi gjensidig understøttelse. Dessuten vil lovpålegg forplikte begge parter til samarbeidet på lik linje og kan medvirke til at styrkeforholdet dem i mellom blir mer likeverdig.

Det kan fremholdes at det er en ulempe med avtaler at de kan bli utydelige for de som ikke er parter, men som allikevel har interesse av å vite om innholdet i avtalene. Det gjelder andre kommuner og foretak, tilsynsmyndighet, pårørende, pasienter og brukere. Avtaler bør ikke være et alternativ til lovgivning og til å pålegge helse- og omsorgstjenestene plikter overfor pasienter og brukere. Departementet mener derimot at avtaler kan være et viktig hjelpemiddel når det gjelder å få satt i verk lovpålegg, og at avtaler kan fungere utfyllende i forhold til lovbestemmelser. Dessuten er det selvsagt av avgjørende betydning at samarbeidet om avtaler foregår i åpenhet og at de inngåtte avtalene er lett tilgjengelige for enhver som har behov for og interesse av dem. Med dagens enkle informasjons- og kommunikasjonsteknologi ligger forholdene bedre til rette

for avtaler mellom offentlige organer enn tidligere fordi det er lettere å nå fram med til en hver tid oppdatert informasjon om avtalene til de som har behov for det.

Wisløffutvalget foreslo lovpålagte avtaler som et verktøy til å få til samarbeid og samhandling innenfor helsetjenestene. Som det fremgår over, fremhever departementet i St.meld. nr. 47 (2008-20009) *Samhandlingsreformen* i flere sammenhenger avtaler som et velegnet og viktig verktøy for å understøtte og realisere tiltak i samhandlingsreformen. Helse- og omsorgskomiteen følger opp departementets anbefaling og peker også på avtaler som et nyttig virkemiddel i innstillingen til St.meld. nr. 47 (2008-20009) i Innst. 212 S (2009-2010) O*m samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*. Et forslag om å pålegge kommuner og foretak å inngå samarbeidsavtaler som støtter opp om tiltak i samhandlingsreformen, synes derfor godt utredet og utprøvd i praksis og synes på generelt grunnlag å ha bred politisk støtte.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å lovregulere samarbeidsavtaler i ny kommunal helse- og omsorgslov, jf. lovforslagets kapittel 6 og gjennom forslag om endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Avtaler kan understøtte samhandling innenfor helse- og omsorgstjenesten i flere sammenhenger og understøtte gjennomføringen av samhandlingsreformen. Slike samarbeidsavtaler kan omfatte en rekke tiltak og kan være av vekslende omfang, men departementet mener at lovfesting vil være hensiktsmessig for å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalene og sikre mer enhetlig praksis nasjonalt. Departementet antar det vil være hensiktsmessig at Helsedirektoratet i samarbeid med KS utarbeider et veiledningsopplegg, herunder standardavtaler, til bruk i avtaleinngåelsen.

25.6.1 Nærmere om samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak

25.6.1.1 Avtaler om utførelsen av det lovpålagte ansvaret

Både kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven har bestemmelser som plasserer ansvaret for å løse oppgavene innen helsetjenesten på de respektive nivåene. Det har allikevel blitt fremholdt at det kan være uklart hvilket forvaltningsnivå som har ansvaret i konkrete tilfeller og det er blitt etterspurt en klarere ansvarsfordeling i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Denne situasjonen kan ha medført uenighet om ansvaret og om hvem som skal tilby en tjeneste. Det kan ha bidratt til at oppgaver i verste fall har blitt liggende uløst eller at de i konkrete situasjoner der det haster, ”for sikkerhetsskyld skyves oppover” til spesialisthelsetjenesten. Ingen av løsningene er til pasientens fordel. Normalt vil en pasient kunne få helsehjelp i kommunehelsetjenesten både raskere og enklere enn i spesialisthelsetjenesten. Fastlegeordningen bidrar til at innbyggerne har rimelig kort vei til allmennlegetjenesten og bidrar til at innbyggerne sparer både tid og utgifter på å motta helsehjelpen fra kommunehelsetjenesten fremfor fra spesialisthelsetjenesten. Man skal heller ikke undervurdere fordelen for pasienten av at allmennlegetjenesten normalt vil ha en større erfaringsbredde i sin praksis. Lavere reisekostnader er en besparelse for samfunnet. For pasienten vil oftest ventetiden være vesentlig kortere for å motta planlagt helsehjelp fra fastlegen enn fra spesialisthelsetjenesten. For samfunnet vil det normalt

påløpe lavere kostnader når helsehjelpen kan ytes av kommunehelsetjenesten, dels fordi det er dyrere å drive en høyt spesialisert tjeneste og dels fordi reisekostnadene blir høyere fordi avstand til behandlingsstedet normalt er lengre når pasienten mottar spesialisthelsetjenester.

At spesialisthelsetjenesten yter helsehjelp i situasjoner og til pasienter som hadde vært godt eller bedre hjulpet gjennom å motta helsehjelpen fra kommunehelsetjenesten, kan også ha andre årsaker enn uklare ansvarsforhold. Dels kan det være at enkelte kommuner ikke har den kompetansen som kreves for å utføre oppgavene. Dels kan det ha å gjøre med at en ikke uvesentlig del av spesialisthelsetjenestens innlagte pasienter "for sikkerhets skyld" legges inn for øyeblikkelig hjelp gjennom de prehospitale tjenestene uten at kommunehelsetjenesten først har vært vurdert som et alternativ eller fordi kommunehelsetjenesten i denne situasjonen ikke er tilgjengelig eller har noe aktuelt alternativt tilbud. I St.meld. nr. 47 (2008-20009) beskrives det som et helt sentralt mål ved samhandlingsreformen å endre denne situasjonen til en situasjon der helsetilbudet blir bedre for pasienten og mer bærekraftig for samfunnet.

I de foreslåtte oppgavebestemmelsene kommer kommunenes ansvar tydeligere frem ved at det pålegges et helhetlig ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester. Dersom klargjøringen av bestemmelsene eller andre forhold viser at spesialisthelsetjenesten utfører oppgaver som etter loven er kommunens ansvar, eller oppgaver som med fordel kunne løses bedre på kommunalt nivå, vil denne situasjonen lettere kunne løses dersom det etableres et tett og tillitsfullt samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Dette tilsier at et slikt samarbeid bør formaliseres. Det er et etablert prinsipp innenfor helsetjenesten at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Det vil i praksis si at dersom allmennlegetjenesten kan yte tilstrekklig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal fastlegen ikke henvise vedkommende til spesialisthelsetjenesten. Dette prinsippet kan bli lettere å gjennomføre ved avtalebasert samarbeid lokalt. Samarbeidet må baseres på faglige vurderinger av hvilke oppgaver det er forsvarlig at kommunen utfører. Disse vurderingene må, etter departementets syn, foretas konkret i forhold til den enkelte kommune, blant annet på grunnlag av den helse- og omsorgsfaglige kompetansen kommunen besitter. I denne forsvarlighetsvurderingen er det viktig at det etableres et nært samarbeid mellom personer med allmennkompetanse og spesialistkompetanse. Den faglige kompetansen som den enkelte kommune besitter, vil variere, avhengig av kommunens størrelse og andre lokale forhold. Et avtalebasert lokalt samarbeid vil ha den fordelen at det kan fungere fleksibelt og dynamisk når man skal komme frem til hvilke helsehjelp det er forsvarlig og riktig at kommunen tilbyr, og hvilke oppgaver som krever spesialisert kompetanse og utstyr, og som dermed fortsatt må løses av spesialisthelsetjenesten.

Det vil ikke være rom for at partene avtaler seg bort fra det ansvaret som er pålagt dem i loven. Det kan for eksempel ikke avtales at en kommune skal ha det overordende ansvaret for oppgaver som spesialisthelsetjenesteloven legger til foretakene. Partene kan derfor ikke avtale at kommunen skal ha ansvaret for å sørge for radiologiske tjenester. Selv om de avtaler at kommunen i tilknytning til en konkret tjeneste også skal utføre radiologiske

oppgaver, vil allikevel det regionale foretaket ha det overordnede ansvaret for at innbyggerne i helseregionen får et samlet tilbud om nødvendig radiologiske tjenester.

Den tekniske og faglige utviklingen på helse- og omsorgstjenestens område går raskt og pasientenes og brukernes behov endrer seg tilsvarende. Gjennom et avtalebasert samarbeid kan partene fortløpende vurdere om utviklingen over tid har medført at det er riktig og faglig forsvarlig at kommunen overtar å utføre oppgaver der det er utviklet nye og enklere metoder som krever mindre kompetanse eller utstyr.

25.6.1.2 Avtaler som verktøy for å understøtte samhandling

Det har lenge vært bred enighet om at den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal sørge for et tilgjengelig og likeverdige tjenestetilbud når pasienter og brukere trenger det uansett bosted, økonomi, alder, kjønn, etnisk tilhørighet, sosial status mv. Det vil si at tjenestetilbudet skal være tilpasset pasienters og brukeres behov. Ansvaret for helse- og omsorgstjenesten er plassert på to forvaltningsnivåer. Denne situasjonen kan gjøre det krevende å innrette tjenestene etter pasienters og brukeres behov.

En del pasienter og brukere har behov for tjenester som ikke kan ytes av en tjenesteyter alene. Når pasienter har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester, vil de ofte ha behov for at tjenesteyterne samhandler og koordinerer tjenestene slik at pasientene mottar én helhetlig tjeneste i form av et planlagt og ofte sammenhengende forløp av tjenester. Pasienters behov kan for eksempel kreve samhandling mellom ulike tjenesteytere innenfor kommunen eller mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten. Når pasienter og brukere har behov for å bli møtt med koordinerte helsetjenester og dette ikke skjer fordi tjenesteyterne ikke samhandler, er det først og fremst pasientene og brukerne det går ut over. Resultatet kan dessuten bli at pasienten selv, eller ofte de pårørende, må ta oppgavene med å koordinere tjenestene. Det kan være en stor ekstrabelastning i en allerede vanskelig situasjon. I mange tilfeller blir dessuten behandlingsresultatet dårligere og pasienter og brukere får ikke den helsegevinsten som en tilstrekkelig koordinert helse- og omsorgstjeneste kunne gitt. Manglende samhandling og koordinering av helse- og omsorgstjenester kan også føre til gjeninnleggelser og økt behov for tjenester i hjemmet senere. Det vil si at den samlede helse- og omsorgstjenesten ikke blir så effektiv som den burde være. Dette er dårlig offentlig ressursforvaltning.

I situasjoner der pasienter og brukere har behov for koordinerte tjenester mens helse- og omsorgstjenestene unnlater å gjennomføre nødvendig samhandling, kan det være naturlig å sette fokus på de personene som yter tjenestene. Det er viktig at tjenesteyterne møter pasienter og brukere med respekt for deres behov og således legger brukerperspektivet til grunn innenfor hele helse- og omsorgstjenesten, både i møtet med pasienter og brukere direkte og ved tilrettelegging og planlegging av slike tjenester. Selv om det er viktig at tjenesteytere, helsepersonell og andre, i sitt møte med pasienter og brukere har en bevisst holdning til samhandling i sitt daglige arbeid, synes ikke dette å være tilstrekklig. Det er også nødvendig å fokusere på strukturelle forhold og forklaringer på at det ikke samhandles og at de lovbestemmelsene som finnes om samhandling ikke etterkommes i tilstrekkelig grad.

Skal man sikre at tjenestene blir tilstrekkelig godt koordinert, er det nødvendig å legge dette kravet til grunn ved utarbeidelse av rutiner innad i virksomheten. Tiltakene skal settes sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasienters ulike behov ved etableringen av nye tiltak og tjenester. Men ikke minst er det viktig at virksomhetene planlegger samhandlingen innad i virksomheten og planlegger med sikte på samhandling med andre virksomheter, både på samme og andre forvaltningsnivåer.

Samhandlingsmeldingen fremhever at utviklingen av IKT-systemer, samt behov for økt kompetanseutvikling samt utdanning og personell vil være viktige understøttende tiltak for å sikre samhandling og koordinerte og kunnskapsbaserte tjenester av høy kvalitet. Avtalene bør derfor omfatte IKT-systemer, kompetanseutvikling og utdanning. Forskning er også et tiltak som partene bør drøfte og vurdere å ta inn i avtalene på frivillig basis.

I tillegg til å understøtte nødvendig samhandling gjennom generelle pålegg, antar departementet at tiltak som er spesielt tilpasset den lokale helse- og omsorgstjenesten, kan ha god effekt. Dersom ansvaret for konkret å strukturere samhandlingen overlates til kommunene og foretakene selv ved at de sammen finner frem til praktiske samarbeidsløsninger, vil det antakelig være lettere å etablere løsninger som fungerer godt i den daglige driften og som dermed blir fulgt opp i praksis. Hvor omfattende et slikt samarbeid bør være og hvorledes det bør organiseres og gjennomføres, vil variere lokalt. Departementet mener derfor at kommunene og foretakene selv bør ta ansvaret for å sørge for god samhandling gjennom avtalebasert samarbeid som binder sektorene i helsetjenesten sammen til en mer helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Dessuten må kommunene stå fritt til å vurdere hvorledes tjenestene bør organiseres ut fra lokale behov og forutsetninger, herunder til enhver tid kunne vurdere hvilken sammensetning av faglig kompetanse som kreves for å oppfylle ansvaret.

25.6.1.3 Avtaler som verktøy for gjennomføringen av fremtidens kommunerolle innenfor helse- og omsorgssektoren

I omtalen av samhandlingsreformen i St.meld. nr. 47 (2008-20009) har departementet lagt stor vekt på at det må utvikles en ny rolle for kommunene innen helse- og omsorgstjenesten. Som nevnt foran, er arbeidsfordelingen mellom kommuner og helseforetak ulik og ikke alltid optimal. Av tradisjonelle grunner og på grunn av de etablerte rammebetingelsene tilbyr helseforetakene tjenester som det hadde vært en fordel om ble tilbudt av kommunene i pasientens nærområde. Det dreier seg om oppgaver som mer effektivt og oftest med mindre kostnader burde vært løst av kommunene. En del av den nye kommunerollen forutsetter at utviklingen snus slik at kommunene i fremtiden skal løse oppgavene når kommunene er riktig ansvarsnivå. Det medfører at kommunene på sikt vil kunne få nye oppgaver ved å overta egnede oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter økt kompetanse og en styrket fagutvikling i kommunesektoren. For å møte fremtidens helse- og omsorgsutfordringer, sikre bedre koordinerte tjenester og større innsats for å forebygge og begrense sykdomsutviklingen, er det behov for langsiktig planlegging og utvikling av både de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsavtaler kan legge til rette for at det utvikles felles

kompetanse- og fagutviklingsplaner og kunnskapsoppbygging som understøtter reformen. For nærmere omtale av fremtidens kommunerolle, se kapittel 12.

All overføring av oppgaver må uansett skje i et nært samarbeid mellom kommunen og foretaket. Det vil være en klar forutsetning for enhver overføring av oppgaver eller aktivitet fra helseforetakene til kommunene at overføringen være faglig forsvarlig. Gjennom et nært avtalebasert samarbeid kan foretakene forpliktes til å bistå kommunen med faglig kompetanse og kunnskapsoverføring inntil kommunen eventuelt selv har bygget opp nødvendige faglige ressurser.

Samhandlingsreformen forutsettes både å hindre unødvendig innleggelse i sykehus og å lette utskriving av pasienter som er ferdigbehandlet fra sykehusets/spesialisthelsetjenestens side. Det er derfor viktig at kommuner og foretak samarbeider om tiltak som kan bidra til å hindre unødvendige innleggelser og reinnleggelser. Likeledes at de samarbeider om tiltak som kan sikre utskrivning av pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus. I denne sammenheng er det nødvendig at også kommunenes oppfatning av om pasienter er utskrivningsklare, blir hørt. En god måte å sikre dette på vil være at kommuner og foretak samarbeider om avtalebaserte tiltak.

Dersom kommuner og foretak etablerer et samarbeid om tiltak som skal hindre unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, for eksempel med kommunale senger for observasjon og behandling, vil det også være behov for et nært samarbeid om kriterier for når det er nødvendig med sykehusinnleggelse, det vil si når det ikke er forsvarlig at pasienten tas hånd om av kommunehelsetjenesten. Disse kriteriene vil være avhengige av hva slags tilbud som etableres i aktuelle kommunen, hvilken kompetanse og ressurser for øvrig som finnes der og må utarbeides i et avtalebasert samarbeid lokalt.

Selv om departementet forutsetter at det er behov for samarbeid i alle kommuner og foretak, tilsier ulike lokale forhold og behov at de løsningene som er mest hensiktsmessige noen steder, ikke vil være det over alt. Dessuten forekommer det allerede en del avtalt samarbeid. Lovregulering av samarbeid kan derfor ikke være detaljert med hensyn til løsninger, men må støtte opp om at det inngås samarbeidsavtaler etter behov.

25.6.1.4 Forholdet til regelverket om offentlige anskaffelser

Anskaffelsesreglene

Behovet for å samarbeide om utførelsen av helse- og omsorgstjenester, og eventuelt avtale endringer i hvilket forvaltningsnivå som utfører oppgavene, har oppstått som en følge av at man i Norge har valgt å organisere helsetjenesten som to forvaltningsnivåer.

Som omtalt foran, vil det kunne være aktuelt at kommuner og foretak blir enige om at det er hensiktsmessig at kommunen overtar å utføre oppgaver som av ulike årsaker, historiske eller ressursmessige, har blitt utført av foretaket. Selv om dette er oppgaver som kan sies å ligger innenfor det ansvaret kommunen er pålagt i loven, kan partene avtale at foretaket helt eller delvis skal bidra til finansieringen av oppgavene. Det kan være et spørsmål om regelverket om offentlige anskaffelser kommer til anvendelse på slik overføring av oppgaver mellom forvaltningsnivåene.

Ifølge forskrift om offentlige anskaffelser § 1-3 (1) får forskriften anvendelse på tildeling av offentlige kontrakter om levering av varer, tjenester eller utførelse av bygge- og anleggsarbeider. For at regelverket skal komme til anvendelse, må det foreligge en kontrakt. En kontrakt defineres i forskriftens § 4-1 som en gjensidig bebyrdende avtale som inngås skriftlig mellom en eller flere oppdragsgivere og en eller flere leverandører. Denne definisjonen innebærer at det kun er oppgaver som utføres på kontraktsrettslig/privatrettslig grunnlag som er omfattet av anskaffelsesregelverket. Oppgaver som utføres på annet grunnlag, som for eksempel lov eller forskrift, blir ikke omfattet.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene har sammen ansvar for hele helsetjenesten. Det påhviler begge nivåer av helse- og omsorgstjenesten å samarbeide om utførelsen av oppgavene til befolkningens beste. Dette vil komme tydeligere frem gjennom forslaget om at kommunen og foretakene skal pålegges i lov å inngå avtaler som fremmer samarbeidet. Avtalene vil sikre et samarbeid om dette slik at pasientene opplever en helhetlig helsetjeneste, til tross for at den løper over to ulike offentlige ansvarsnivåer. Avtalene gjelder offentlig samarbeid om lovpålagte oppgaver og har slik sett mye til felles med delegasjon som virkemiddel. Avtalen mellom helseforetakene og kommunene om samarbeid og arbeidsfordeling springer ut av to offentlige virksomheters behov for å avklare detaljene i ansvarsfordelingen. Kommunene må selv bidra til å finansiere nye aktiviteter eller oppgaver gjennom en samarbeidsmodell. Avtalene vil videre ikke ha til hensikt å omgå anskaffelsesreglene. Dersom kommunen får overført ansvaret for å utføre en aktivitet som ledd i en hensiktsmessig arbeidsdeling til pasientenes beste, vil kommunen stå fritt til å bestemme hvordan oppgaven skal løses. Anskaffelse av private tjenester er da en mulighet.

Departementet antar på denne bakgrunn at avtalene som et klart utgangspunkt ikke kan anses å være av privatrettslig art og er derfor heller ikke ”kontrakt” i anskaffelseslovens forstand.

Delegering av oppgaver fra helseforetak

Dersom partene blir enige om at kommunen skal utføre oppgaver som etter en tolkning av loven åpenbart ikke er en del av kommunens, men derimot av foretakets lovpålagte ansvar for å sørge for nødvendige helsetjenester, vil avtalen for denne delen lettere kunne anses som kontrakt i anskaffelsesreglenes forstand. Et eksempel på dette vil være kirurgiske tjenester.

I utgangspunktet gjelder anskaffelsesregelverket også for et offentlig organs tjenestekjøp fra et annet. Departementet mener likevel at det ved delegering av myndighet fra et offentlig organ til et annet, for eksempel fra et foretak til en kommune, der foretaket mister ansvaret for å utføre myndighetsoppgaven, i utgangspunktet ikke skjer utførelse av en oppgave på kontraktsrettslig grunnlag i anskaffelsesrettslig forstand. Dersom oppgaven ikke utføres på vegne av foretaket, men kommunen gjøres direkte ansvarlig for utøvelsen, vil overføringen av oppgaver kunne sies å hvile på et forvaltningsrettslig grunnlag (delegasjon) og ikke et kontraktsrettslig grunnlag. Det finnes imidlertid ikke rettspraksis som kan belyse dette spørsmålet. Det er derfor usikkert hvorvidt den omstendighet at

foretaket beholder det overordnede ansvaret mens kommunen får et selvstendig ansvar for utførelsen av oppgaver i form av ett eller flere tiltak, vil komme inn under et slikt prinsipp. Departementet ser i slike tilfeller for seg at kommunen selv blir ansvarlig for at oppgaven/tiltaket utføres forsvarlig (for eksempel i tilsynssammenheng).

Den enkelte samarbeidsavtale må vurderes konkret for å ta stilling til om det skjer en slik delegering av myndighetsoppgaver eller om det er tale om et tjenestekjøp. Dersom samarbeidsavtalene er å anse som tjenestekjøp, kommer anskaffelsesregelverket til anvendelse.

I forbindelse med ulike samarbeidsformer som kan være aktuelle mellom kommuner og helseforetak vil unntaket for utvidet egenregi kunne være aktuelt, men dette må vurderes konkret. Ettersom anskaffelsesregelverket kun gjelder for gjensidig bebyrdende avtaler, får regelverket heller ikke anvendelse når en oppgave utføres av kommunens eget personale. EU-domstolen har også anerkjent at det kan foreligge en slik tilknytning mellom to ulike juridiske personer at anskaffelsesregelverket likevel ikke skal få anvendelse (utvidet egenregi). Vilkårene for egenregi er utviklet gjennom EU-domstolens praksis. Hovedregelen er at to kriterier må være oppfylt for at unntaket for utvidet egenregi skal komme til anvendelse. For det første må oppdragsgiveren utøve en kontroll over leverandøren som svarer til den kontroll oppdragsgiveren utøver over sin egen virksomhet (kontrollkriteriet). For det andre må den vesentligste delen av aktiviteten til leverandøren være knyttet til den kontrollerende oppdragsgiver (omsetningskriteriet).

Når det gjelder samarbeidsavtale der kommunen skal utføre foretakets lovpålagte oppgaver, vil de tradisjonelle vilkårene for egenregi som beskrevet ovenfor, *ikke* være oppfylt, blant annet fordi et statlig helseforetak ikke vil ha kontroll over kommunen og omvendt. EU-domstolen har imidlertid i noen senere avgjørelser myket opp kravene til egenregi noe. Av særlig interesse i denne sammenheng er den såkalte *Hamburg-saken* (C-480/06), der domstolen aksepterte at en samarbeidsavtale mellom flere offentlige organer om oppfyllelse av lovpålagte oppgaver falt utenfor anvendelsesområdet til anskaffelsesregelverket, selv om de ovennevnte kriteriene for egenregi ikke var oppfylt. Saken gjaldt fire tyske "Landkreise" (administrative distrikter) som gikk sammen om å kjøpe søppelhåndtering av Stadreinigung Hamburg (SH), et selskap fullt eid av Hamburg by, uten forutgående anbudskonkurranse. Avtalen ble klassifisert som en "regional samarbeidsavtale" og SH hadde igjen en kontrakt med et privat søppelforbrenningsanlegg om mottak av avfallet. Denne siste avtalen hadde vært gjenstand for en anbudskonkurranse. Det var ubestridt i saken at kontrollkriteriet ikke var oppfylt.

Domstolen synes å ha lagt avgjørende vekt på at det dreide seg om et gjensidig forpliktende interkommunalt samarbeid som utelukkende hadde som formål å sikre felles gjennomførelse av lovpålagte oppgaver. Det dreide seg med andre ord om et offentlig samarbeidsprosjekt, og ikke et rent tjenestekjøp. EU-domstolen la også vekt på at SH ikke mottok vederlag for sine tjenester, kun ren kostnadsdekning. Det ble også understreket at ingen private parter var involvert i kontraktene. Det forelå heller ingen omgåelseshensikt.

Denne saken er hittil det eneste eksempelet på at EU-domstolen har akseptert at egenregiunntaket kommer til anvendelse på såkalt horisontalt samarbeid. Dommen kan

sees som en utvidet mulighet til å inngå samarbeidsavtaler mellom offentlige organer om utøvelsen av lovpålagte oppgaver. Det er likevel uklart hvilken rekkevidde dommen har. I den konkrete saken var det ikke SH selv som håndterte avfallet, men hadde inngått en avtale med et avfallsforbrenningsanlegg om denne tjenesten. Sistnevnte avtale var underlagt anskaffelsesregelverket. Det kan dermed argumenteres for at samarbeidet langt på vei hadde karakter av et innkjøpssamarbeid.

Etter departementets oppfatning vil det kunne argumenteres med at unntaket for delegasjon og/eller unntaket for horisontalt samarbeid kommer til anvendelse på de samarbeidsavtalene der kommunen skal utføre helseforetakets eksklusivt lovpålagte oppgaver. Ettersom rettstilstanden for så vidt gjelder rekkevidden av begge unntak er uavklart, vil det likevel være en viss risiko for at en slik avtale om å overføre oppgaver til kommunen som etter en tolkning av loven åpenbart ikke er en del av kommunens lovpålagte ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjeneste, ikke vil bli ansett å være i samsvar med anskaffelsesregelverket.

25.6.1.5 Partsforhold i samarbeidsavtalene

Departementet forutsetter at samarbeidsavtalene vil få stor prinsipiell betydning for kommunens oppfyllelse av det lovpålagte ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, at de i samsvar med kommunelovens system må behandles på øverste politiske nivå. Dette foregår av lovforslaget § 6-1.

De regionale helseforetakene er lovpålagt det overordnede ansvaret for å planlegge, organisere, kontrollere og føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten innenfor sin helseregion. Ansvaret for å sørge for en rasjonell struktur på avtalesystemet kommer naturlig inn under dette ansvaret. Det er i hovedsak de regionale helseforetakene selv som inngår avtaler med eksterne tjenesteytere når det gjelder helsetjenester som det regionale helseforetaket har ansvar for å sørge for at befolkningen får tilbud om. Departementet foreslår derfor at det innenfor spesialisthelsetjenesten blir de regionale helseforetakene som får ansvaret for å sørge for at det etableres samarbeidsavtaler med kommunene i helseregionen.

Hovedhensikten med samarbeidsavtalene vil være å fremme og understøtte samhandlingen mellom kommunene og helseforetakene i det daglige arbeidet med å yte helse- og omsorgstjenester. Blant annet på grunn av behovet for kjennskap til lokale forhold og fordi avtalene skal omfatte konkrete faglige tiltak og samarbeidsrutiner, er det grunn til å anta at de regionale helseforetakene vil finne det hensiktsmessig å overlate til, i alle fall noen av, helseforetakene å forhandle frem og inngå samarbeidsavtaler på de enkelte fagområdene. Departementet foreslår at dette fremgår uttrykkelig av loven at de regionale helseforetakene har et slikt valg, jf. lovforslaget § 6-1. Dette er ikke til hinder for at de regionale helseforetakene selv inngår avtale med en eller flere kommuner eller på forhånd har dialog med kommunene om strukturen på samarbeidsavtalene i helseregionen.

25.6.2 Samarbeidsavtaler mellom kommuner

Dersom samarbeidet mellom kommuner og foretak fører til at det vurderes som riktig og hensiktsmessig at mange kommuner utfører mer omfattende og krevende oppgaver enn i dag, slik den nye kommunerollen innenfor helse- og omsorgssektoren forutsetter, vil det også synliggjøres at det er behov for å styrke kommunesiden i samarbeidet. De kommunene som har færrest innbyggere, vil stort sett også ha ressursmessige begrensninger når det gjelder å overta aktivitet eller oppgaver som foretaket utfører i dag og ikke minst for å overta mer kompliserte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. De små kommunene har gjennomgående størst problemer med å bygge opp og holde på faglig kompetanse fordi de ikke kan tilby faglig utvikling i tilstrekkelig brede og omfattende fagmiljøer. Dersom kommunehelsetjenesten over hele landet i årene fremover skal utvikles i samsvar med fremtidens kommunerolle, vil det oppstå et behov for at det etableres omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke.

Et viktig element i utviklingen i av fremtidens kommunerolle vil derfor være at det også inngås et avtalebasert samarbeid mellom kommuner. Slike avtaler kan, på samme måten som avtaler mellom kommuner og foretak, konkretisere det ansvaret kommunene er pålagt og kommunene kan avtale at de deler gjennomføringen av oppgavene mellom seg, for eksempel kan en kommune drive legevaktvirksomhet på vegne av både seg selv og en eller flere andre kommuner.

Agenda Utredning & Utvikling AS har i prosjektet "Varig og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten" vurdert mange av de samarbeidsavtalene som er inngått mellom kommuner og helseforetak. Rapporten konkluderer med at mange aktører i kommunene opplever forhandlingssituasjonen mellom kommune og helseforetak som asymmetrisk i den forstand at kommunene er små og oversiktlige mens helseforetakene er store og sterke organisasjoner. Kommuner som samarbeider seg i mellom vil ventelig stå sterkere i forhandlinger med foretaket enn enkeltkommuner.

Selv om det er ønskelig at mange av kommunene inngår avtalebasert samarbeid, vil departementet ikke foreslå å pålegge slikt samarbeid direkte gjennom lov. Det foreslås kun å lovfeste at alle kommuner skal ha en samarbeidsavtale med et regionalt helseforetak eller ett eller flere helseforetak. I kapittel 24 foretas en gjennomgang av mulige samarbeidsmodeller for frivillig samarbeid mellom kommuner om helse- og omsorgstjenester.

25.6.3 Organisering av samarbeid mellom kommuner og foretak

Om oppgavene som kommuner og foretak samarbeider om, eventuelt ved overføring til kommunalt nivå, skal utføres innenfor kommunens allerede eksisterende organisasjon med faglig støtte og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, eller om det skal etableres nye institusjonelle løsninger eller organisatoriske tiltak som kommunene og foretaket samarbeider om, må avgjøres lokalt. Den praktiske løsningen av oppgavene må være

fleksibel og effektiv og tilpasses de lokale forhold og behov til pasientenes og brukernes beste.

Erfaring fra etablert samarbeid mellom enkelte kommuner og foretak tyder på at det finnes en strukturell mangel i helse- og omsorgstjenesten i behandlingskjeden mellom sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det synes som om avstanden/terskelen mellom sykehusbehandling og det kommunale tilbudet noen steder er for høy. Derfor blir en del pasienter ansett som utskrivningsklare av spesialisthelsetjenesten, mens de allikevel blir liggende i sykehus fordi de ikke får et passende kommunalt tilbud. Andre pasienter havner unødvendig på sykehus, selv med enklere medisinske tilstander, fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet pasienten har. Andre pasienter blir liggende i kommunehelsetjenesten i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten.

Dersom det er ønskelig å benytte institusjonelle tiltak, finnes det mange eksempler på hvorledes dette kan gjøres. Det kan opprettes kommunale team eller kompetansesentre, lavterskeltilbud, tverrfaglige, ambulante team, brukerstyrte døgnplasser, forsterkede sykehjemsavdelinger, distriktsmedisinske sentre osv. Erfaringer med samarbeid mellom kommuner og foretak synes å vise at samlokalisering av tjenestene er viktig for å lykkes. Det er derfor viktig at det gjennom det avtalebaserte samarbeidet foretas en vurdering av om de fremtidige tilbudene skal samles i egne virksomheter, for eksempel som lokalmedisinske sentre, som forankres i kommunen/e og inngår avtalebasert samarbeid med ett eller flere foretak.

25.6.4 Avtalebasert samarbeid med felles eierskap til virksomheten

Kommuner og foretak som samarbeider om å yte helse- og omsorgstjenester, kan ha ønske om at samarbeidstiltakene skal etableres som særskilte virksomheter og at kommune/ne og foretak skal eie denne særskilte virksomheten sammen. Det vil si at virksomheten som det samarbeides om skal organiseres som eget rettssubjekt.

Dersom en eller flere kommuner og ett eller flere foretak eier en virksomhet som yter kommunale helse- og omsorgstjenester sammen, kan den organiseres som aksjeselskap.

Dersom en eller flere kommuner og ett eller flere foretak eier en virksomhet som yter kommunale helse- og omsorgstjenester sammen, kan den hverken organiseres som interkommunalt selskap eller helseforetak. Dersom virksomheten i tillegg skal yte spesialisthelsetjenester, kan den heller ikke organiseres som aksjeselskap.

Dersom en eller flere kommuner og ett eller flere foretak eier en virksomhet som yter kommunale helse- og omsorgstjenester sammen, kan den ikke organiseres som ansvarlig selskap. Dersom virksomheten yter spesialisthelsetjenester, kan den heller ikke organiseres som ansvarlig selskap.

Hverken kommuner eller helseforetak kan eie statsforetak.

Ingen av de særlige selskapsformene som er utviklet med tanke på offentlig eierskap, som helseforetak, interkommunale selskap eller statsforetak, åpner for at kommuner og helseforetak kan eie virksomhet sammen.

Den eneste selskapsformen som er aktuell når kommuner og helseforetak sammen skal eie virksomhet som yter kommunal helse- og omsorgstjeneste, er aksjeselskaper.

Skal kommuner kunne delta som eier i ansvarlig selskap, slik Wisløffutvalget foreslår, må det foretas en utredning av endring av selskapsloven.

I og med at tiltak som yter både helsetjenester og omsorgstjenester, antagelig vil drive både med tjenesteyting og myndighetsutøvelse, vil de interkommunale tilknytningsformene/samarbeidsformene stort sett være begrenset til vertkommunemodellen og eventuelt den foreslått nye samkommunemodellen. Ingen av disse samarbeidsmodellene er åpne for statlig deltagelse.

Det mest aktuelle synes å være at flere kommuner samarbeider i en samkommune, i et vertskommunesamarbeid eller i et aksjeselskap og inngår avtalebasert samarbeid med ett eller flere helseforetak.

25.6.5 Krav til samarbeidsavtalenes innhold

I pasientrettighetsloven er det nedfelt et prinsipp om at alle pasienter har krav på likverdige helsetjenester uansett bosted. Dette prinsippet er også forutsatt i spesialisthelsetjenesteloven og fremgår av § 1 i helseforetaksloven. Det lokale, avtalebaserte samarbeidet mellom kommuner og foretak om hvilke om hvilke tjenester kommuner kan tilby, kan bidra til at pasienter og brukere fortsatt vil motta en tjeneste fra kommunen noen steder og fra foretaket andre steder i landet. Departementet antar imidlertid at dette ikke er et brudd på det likhetsprinsippet som er nedfelt i pasientrettighetsloven. Så lenge pasienten mottar nødvendig helse- og omsorgstjenester slik de har krav på etter helse- og omsorgslovgivningen, kan det ikke være avgjørende hvilket forvaltningsnivå som yter tjenestene.

Det er allikevel ikke ønskelig at helsetjenesten utvikler seg altfor forskjellig fra helseregion til helseregion. Det er også av den grunn ønskelig at kommunene har et bredt samarbeid seg imellom om utviklingen av den nye kommunerollen. Dessuten vil departementet i samarbeid med KS utforme et sentralt opplegg for avtaler, herunder veiledende standardavtaler til bruk i avtaleinngåelsen.

For å legge til rette for at avtalene som inngås mellom kommuner og foretak skal få et felles grunnlag, og for å sikre at avtalene skal bli det tiltenkte verktøyet for gjennomføring av samhandlingsreformen, foreslår departementet at det lovfestes et minimumskrav om hva som skal inngå i avtalene og at man overlater til partene på frivillig basis å ta inn det de måtte ønske i tillegg, jf. lovforslaget § 6-2. Når det gjelder samarbeid om forskning, se kapittel 18. Departementet er av den oppfatning at lovfesting av ulike minimumskrav vil være hensiktsmessig for å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalene, og sikre enhetlig praksis. Departementet vil likevel ikke foreslå spesifikke krav til avtalens innhold, men krav av mer generell karakter som departementet mener det er viktig at partene samarbeider om. Det er viktig at det er partene selv som finner lokale løsninger til det beste for pasientene, og at lovens minimumskrav ikke er til hinder for god samhandling. De minimumskrav departementet vil foreslå at avtalen skal inneholde er

blant annet tiltak for utskrivningsklare pasienter, samarbeidsrutiner, tiltak mot unødvendige innleggelser, faglige nettverk, samarbeid om IKT-løsninger lokalt.

Departementet foreslår at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, men ber høringsinstansene vurdere hva som vil være mest egnet oppsigelsestid, jf. lovforslaget § 6-6. Departementet vurderer også om det er hensiktsmessig å fastsette en avtaleperiode på fire år eller om avtalene bør være tidsubegrenset, og avventer høringsinstansenes uttalelser før det tas standpunkt til dette. Det kan være argumenter som taler for tidsubegrenset avtale, slik at partene ikke må bruke tid på å reforhandle avtaler. Andre forhold kan tale for at avtalene bør opp til helt ny forhandling jevnlig.

25.6.6 Melding om inngåtte samarbeidsavtaler og håndtering av uenighet mellom avtalepartene før avtaleinngåelse

Det er mange interesser som skal ivaretas ved inngåelse og gjennomføring av samarbeidsavtalene som det foreslås at kommuner og foretak skal pålegges å inngå. Dette kan bli krevende for partene. Mange interesser må vektlegges i forhandlingene mellom kommunene og foretaket, både interesser av samfunnsmessig og helse- og omsorgsfaglige karakter. Ikke minst kan problemstillinger i forhold til de ansattes interesser være krevende. Dersom kommuner og foretak foretar samlokalisering av både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, for eksempel i lokalmedisinske sentre, er det nødvendig å inngå klare avtaler om hvor arbeidsgiveransvaret for de ansatte er plassert. Det er således viktig at både brukerrepresentanter og de ansattes representanter involveres under prosessen med å inngå avtaler.

Blir prosessen med inngåelse av lovfestet avtalen første gang for krevende, er det risiko for at den tar lang tid og at gjennomføringen av viktige deler av samhandlingsreformen blir forsinket. Det foreslås derfor at departementet skal ha anledning til å sette en bindende frist for når avtalene må være inngått i samsvar med minstekravene, jf. lovforslaget § 6-3.

For at departementet skal kunne få oversikt over om de aktuelle avtalene er inngått, foreslås det å pålegge de regionale helseforetakene en plikt til å sende alle inngåtte avtaler inn til Helsedirektoratet, jf. lovforslagets § 6-4.

Som nasjonal helse- og omsorgsmyndighet har staten på vegne av pasienter og brukere grunnleggende interesse i at samarbeidet, blant annet om pasientforløp, blir etablert. For å sikre at alle kommunene inngår i et avtalebasert samarbeid, foreslås det derfor at partene må bringe saken inn for Helsedirektoratet for mekling dersom de ikke kommer til enighet eller ikke har inngått avtale innen fristen, jf. lovforslaget § 6-5. Der foreslås også at Helsedirektoratet på eget initiativ skal kunne kalle partene inn til mekling dersom fristen oversittes. Helsedirektoratet skal i slike tilfeller gjennom råd og veiledning hjelpe partene til å komme frem til en frivillig avtale, men skal ikke selv kunne fatte vedtak om avtalens innhold. Dersom det viser seg å være behov for å ha et ”ris bakspeilet” for parter som ikke inngår avtale, kan det være aktuelt å stille som krav for tildeling av eventuelle tilskudd til samhandlingsprosjekter, at avtale er inngått.

Det foreslås ikke en statlig godkjenningsordning for avtalene. Det vil si at staten ikke kan overprøve og endre de inngåtte avtalene. Det ville kreve kjennskap til alle lokale forhold som er av betydning for samarbeidet og alle lokale behov som påvirker avveiningen av de ulike hensynene bak de inngåtte avtalene. Dette er vanskelig å se at staten skulle kunne bidra med vesentlige forbedringer av avtalene som er inngått av partene på basis av gode lokalkunnskaper. Dersom staten skulle godkjenne avtalene, kunne det medføre at kommunene selv ikke følte samme ansvaret og dessuten ikke fikk det nødvendige eierforhold til de samarbeidsoppleggene som avtales.

25.7 Håndtering av tvister etter avtaleinngåelse

Etter at avtale er inngått, kan det oppstå uklarheter mellom partene om forståelsen av avtalebestemmelser, hvordan et avtalepunkt skal følges opp, hvem som har ansvaret for en oppgave, mislighold etc. Departementet mener det er viktig at partene selv finner hensiktsmessig løsninger når det oppstår uenighet ved gjennomføring av avtalen. Likevel utelukker ikke departementet at det kan oppstå situasjoner hvor partene ikke finner løsninger ved uenighet, og at det kan medføre at deler av avtalen blir virkningsløs som følge av tvisten. Et eksempel kan være at partene er uenige om hvem som skal løses en spesifikk oppgave, og som følge av at man ikke oppnår enighet kan man i verste fall se for seg at oppgaven blir stående uløst. Dette vil ikke bidra til skape helhetlige og integrerte tjenester som er et av målene med avtalene, og ikke være til det beste for pasientene.

Som et minimumskrav til avtalens innhold vil derfor departementet foreslå at det lovfestes at kommuner og foretak skal avtale en ordning for håndtering av uenighet om gjennomføring og eventuelle endringer av avtalene, jf. lovforslagets § 6-2 nr. 9. Det vil være opp til avtalepartene om de ønsker en meklingsordning, eller en voldgiftsordning eller en annen uavhengig tvisteløsningsordning. Avhengig av hvilken av disse løsningene partene velger, vil det være mulig for partene å reise sak for domstolene. Ved for eksempel en voldgiftsordning vil de generelle prosessforutsetningene for sivile saker tilsi at saken normalt ikke kan reises for domstolen. Det vil si at uavhengig av hvilken løsning partene velger vil det være det være et organ som kan avgjøre tvisten mellom partene. Departementet mener derfor at det er tilstrekkelig å innføre et krav om at partene skal bli enige om prosessen ved uenighet ved fortolkningen av eller gjennomføringen av avtalen, og ser ikke et behov på nåværende tidspunkt for å innføre et eget tvisteløsningsorgan for disse avtalene.

25.8 Økonomisk og administrative konsekvenser

Målet er at alle kommuner og helseforetak skal ha inngått avtale fra samme tidspunkt. Avtalene skal være en hensiktsmessig ramme for samarbeidet om overføring av aktiviteter og oppbygging av økt ansvar i kommunene. Det tas sikte på at lovfesting av samarbeidsavtaler trer i kraft fra 1.1.2012. Det er derfor av stor betydning at kommuner og helseforetak forbereder avtaleinngåelse i løpet av 2011. Departementet har allerede etablert et samarbeid med KS for å forberede kommunene på å følge opp forslaget om en lovfestet avtaleplikt. Opplegget vil bli presentert i stortingsmeldingen om Nasjonal helse-

og omsorgsplan som skal fremlegges våren 2011. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med KS, Fylkesmannen, Helsedirektoratet og de regionale helseforetak legge til rette for at partene kan starte arbeidet med å forberede avtaleinngåelse raskest mulig etter at Stortinget har behandlet lovforslaget.

Plikt til å inngå samarbeidsavtaler vil ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning for partene. Kommuner og foretak har allerede i stor grad inngått ulike samarbeidsavtaler om helsetjenester. Ressurser til å forberede, utforme og følge opp samarbeid, herunder avtaler om samarbeid, inngår i virksomhetenes ordinære ansvar for planlegging og administrasjon.

Helsedirektoratet har allerede en oppfølgingsrolle i forhold til avtalene som er inngått på frivillig basis i forbindelse med samarbeidsavtalen som er inngått mellom regjeringen og KS. Når det gjelder mekling antas det at det kun vil bli aktuelt i et meget beskjedent omfang. Det legges derfor til grunn at det ikke er behov for ytterligere styrking av direktoratet på dette området.

26 Klageordning

26.1 Innledning

Etter dagens lovgivning har vi tre forskjellige klageordninger for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De forskjellige ordningene er regulert i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rettsbildet er komplisert og uoversiktlig. Nedenfor vil det først bli gitt en framstilling av dagens organisering av klage- og tilsynsmyndighet, gjeldende rett, forslag i NOU 2004:17 og forslag i NOU 2004:18. Etter dette vil det bli redegjort for departementets vurderinger og forslag. Forslagene gjelder hva det bør være adgang til å klage på, spørsmål om hvem klager skal henvende seg til/ forholdet underinstans- klageinstans og klageinstansens kompetanse. Departementet vil redegjøre for viktige hensyn som ønskes ivaretatt, og synliggjøre ulike konsekvenser som vil følge av å velge enten Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket som felles klageinstans etter den nye loven. Departementet konkluderer ikke når det gjelder dette spørsmålet. Høringsinstansene oppfordres derfor spesielt til å uttale seg om dette.

26.2 Dagens organisering av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket

Fylkesmannen har som oppgave å iverksette statlig sektorpolitikk lokalt og regionalt – rettslig korrekt, helhetlig og samordnet. Fylkesmannen utfører oppgaver for til sammen 12 departementer og 8 direktorater og tilsyn. Hvert departement er faglig overordnet embetet på det aktuelle fagområdet. Fylkesmannen utøver myndighets-, rettssikkerhets- og kontrollfunksjoner etter en rekke lover, bl.a. ved å være regional klage- og/eller tilsynsinstans etter lover som opplæringsloven, barnevernloven, barnehageloven, sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, plan- og bygningsloven, lov om kommunal beredskapsplikt, havne- og farvannsloven, forurensingsloven og krisesenterloven.

De tidligere fylkeslegeembetene og Statens utdanningskontor i fylkene ble med virkning fra 1.1.2003 integrert i fylkesmannsembetene. Bakgrunnen for iverksettingen var St meld nr 31 (2000-01) om oppgavefordeling (Bondevik I) og Stortingets tilslutning til denne gjennom behandlingen av Innst S nr 307 (2000-01). I meldingen het det bl.a.:

> "Fylkesmannen er sektormyndighet og sentrale myndigheters regionale apparat på flere områder. Regjeringens forslag om å integrere fylkeslegen og statens utdanningskontor i fylkesmannsembetet innebærer at oppgaver og ansvar på de to områdene formelt legges til fylkesmannen som fylkesmannsembetets leder. SHD og KUF vil innenfor sine områder ha direkte instruksjonsadgang overfor fylkesmannen i faglige spørsmål, jf gjeldende fylkesmannsinstruks. Oppgavene forutsettes imidlertid delegert til de faglige lederne i embetene."

Den daværende regjerings og Stortingets forutsetning var altså at fylkeslegen skulle integreres på lik linje med det som tidligere hadde skjedd ved integrasjonene på beredskaps-, miljøvern- og landbruksområdene, og på lik linje med det som parallelt skjedde med statens utdanningskontorer. Med andre ord var forutsetingen at den faglige, administrative og budsjettmessige myndigheten ble lagt til fylkesmannen. Ved gjennomføringen av integrasjonen av fylkeslegen ble det imidlertid gjort et unntak fra dette prinsippet ved at den faglige myndigheten på klage- og tilsynsområdet fortsatt skulle ligge direkte til fylkeslegen, men nå som embetsmann underlagt fylkesmannen i alle andre sammenhenger.

Unntaket er hjemlet i en avtale mellom det daværende Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Helsedepartementet. Bakgrunnen for avtalen var dels et ønske fra helsehold om å beholde den direkte myndighetskoplingen inn i den nye organiseringen, og dels et ønske om å gi rom for en vurdering av en slik rolle for Fylkesmannen (rollen som tilsyns- og klageorgan i kombinasjon med rollen som statlig sektororgan). Av avtalen framgår det bl.a.:

> "Som del av den forestående gjennomgang og vurdering av statlige tilsyn vil jeg be om en særlig vurdering av om hvorvidt den kombinasjon av oppgaver som tilsynsmyndighet, klagemyndighet og utøvende sektorforvaltning, som kjennetegner dagens regionale statsforvaltning (og særlig fylkesmannsembetene), er prinsipielt forenlig med de krav regjeringen bør stille til uavhengige tilsyn på sentralt nivå. Dette vil naturlig også berøre fylkeslegen, og i den forbindelse vil spørsmålet om fylkeslegens plass i det regionale system måtte finne sin endelige avklaring."

I St. meld. nr 17 (2002-03) om statlige tilsyn tok likevel ikke regjeringen (Bondevik II) opp spørsmålet knyttet til tilsyn med kommunene, jf. Innst S nr 222 (2002-03). Om dette heter det bl.a. i meldingen:

> "En viktig del av statens tilsynsvirksomhet gjelder nettopp kommunene. Det er imidlertid så mange spesielle problemstillinger knyttet til denne delen av tilsynsarbeidet - blant annet fordi omfanget av tilsyn må veies opp mot det kommunale selvstyret og den demokratiske kontroll som utøves gjennom dette - at det ikke er naturlig å velge de samme løsninger på dette området som på andre områder der staten fører tilsyn. Regjeringen vil derfor senere komme

tilbake til spørsmålet om tilsyn med kommunenes virksomhet som en egen sak i en dertil egnet form."

Som oppfølging av dette ble Aasland-utvalget opprettet. Dette utvalget fikk blant annet i oppdrag å utrede behovet for og innretning av det statlige tilsynet med kommunesektoren. I utvalgets innstilling NOU 2004: 17 er spørsmålet om helsetilsynets regionale organisering behandlet. Det framgår her bl.a.:

"Etter utvalgets oppfatning er ikke denne organiseringen av tilsyn med helsetjenesten i tråd med det som var formålet med integreringen, nemlig å samordne statens styring av kommunesektoren. Utvalget viser til at det er en sammenheng mellom organisering og samordning, og til de argumentene som en anførte for å samle tilsynet med kommunesektoren med fylkesmannen. Etter utvalgets oppfatning gjør de samme argumentene seg gjeldende for å legge tilsynet med helsetjenesten under fylkesmannen. Det vil gi fylkesmannen bedre muligheter til å samordne tilsynet med de kommunale helsetjenestene med tilsynet med øvrige kommunale tjenester. Tilråding nr. 12: Oppgavene til Helsetilsynet i fylket overføres til fylkesmannen."

For nærmere omtale av tilsyn vises til kapittel 27.

Praktisering og omfang

Alle ansatte i det tidligere fylkeslegeembetet ble fra 1.1.2003 tilsatt i fylkesmannsembetet. I de fleste embetene er disse organisatorisk plassert i en sammenslått helse- og sosialavdeling (sammen med den tidligere sosialavdelingen hos Fylkesmannen). Noen embeter har valgt å ha en egen helseavdeling. Tittelen fylkeslege er beholdt som stillingsbetegnelse for lederen av helse- og sosialavdelingen eller helseavdelingen. Fylkeslegen inngår i fylkesmannens ledergruppe, i prinsippet på lik linje med de øvrige avdelingsdirektørene. Der faglig myndighet etter særordningen er lagt til Helsetilsynet i fylket utøves den av fylkeslegen i en direkte ansvarslinje til Statens helsetilsyn utenom fylkesmannen. I slike saker benyttes ikke Fylkesmannens brevpapir, men et eget brevpapir for Helsetilsynet i fylket.

26.3 Gjeldende rett

26.3.1 Sosialtjenesteloven

For omsorgstjenestene er klageordningen regulert i sosialtjenesteloven. Det som kan påklages etter denne loven, er enkeltvedtak truffet av sosialtjenesten, jf. § 8-6. Fylkesmannen er klageinstans. Hovedregelen er at Fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket, men når det gjelder prøvingen av det frie skjønn, kan Fylkesmannen bare endre vedtaket når skjønnet er "*åpenbart urimelig*", jf. § 8-7 første ledd. Av forarbeidene til loven framgår det at departementet mente at en slik begrenset omgjøringsadgang var mer i samsvar med prinsippene for det kommunale selvstyre og hensynet til kommunens frihet til å utforme hjelpetilbud, jf. Ot. prp. nr. 29 (1990-91). I tillegg framgår det at "Hvor grensen går mellom lovanvendelse og forvaltningsskjønn vil ikke alltid være så klart. Også lovanvendelse vil ofte innebære betydelige skjønnsmessige elementer".

Hvis et vedtak som gir klageren medhold ikke kan iverksettes straks, kan fylkesmannen etter sosialtjenesteloven § 8-7 andre ledd bestemme at det straks skal settes i verk midlertidige tiltak som kan dekke det øyeblikkelige behovet.

Hovedregelen etter sosialtjenesteloven er at forvaltningsloven gjelder, jf. sosialtjenesteloven § 8-1 første ledd. Det gjelder imidlertid enkelte særregler etter sosialtjenesteloven, og en av disse gjelder partsforholdet. Hvis flere samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, skal de ikke regnes som parter i samme sak, jf. sosialtjenesteloven § 8-1 andre ledd. Dette innebærer at en søker som mener seg forbigått, ikke kan klage over at en annen har fått ytelsen. Begrunnelsen for dette unntaket er at opplysninger om den enkelte søkers personlige forhold som regel er av en slik art at de bør være beskyttet mot innsyn fra andre parter i sterkere grad enn det som følger av forvaltningsloven.

I årene 2007-2009 behandlet fylkesmennene gjennomsnittlig cirka 1200 klager årlig etter de kapitlene i sosialtjenesteloven som vil inngå i den nye loven.

26.3.2 Kommunehelsetjenesteloven

Klageordningen for kommunale helsetjenester er regulert i kommunehelsetjenesteloven § 2-4. Av første ledd i denne paragrafen framgår det at den som søker helsehjelp, kan påklage avgjørelsen etter § 2-1 til det organet kommunestyret bestemmer.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4 første ledd gjelder klageadgangen også avgjørelser etter § 2-1a, det vil si avgjørelser om pasientrettigheter i fastlegeordningen. I tillegg er det bestemt at klageorganet under behandlingen av klagen skal ha fra tre til fem medlemmer.

Går avgjørelsen klager imot eller avvises klagen, kan det klages videre til Helsetilsynet i fylket, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-4 tredje ledd. Dette betyr at det gjelder en to-trinns klageordning.

Kommunehelsetjenesteloven har ingen særregulering av klageinstansens kompetanse. I forarbeidene til loven (Ot.prp. nr. 66,1981-82) er det imidlertid presisert at

> ”Det man kan klage over, er at man ikke får sin rett til helsehjelp. (…) Det man har rett til, er nødvendig hjelp av rimelig standard. Man kan ikke forlange det ideelle. Derfor kan man ikke klage over at en diagnose viser seg å være feilaktig, en medisin mindre heldig eller lignende, med mindre det dreier seg om grove feil. Man kan ikke klage over at man må vente på tur til å komme inn til lege, få fysikalsk behandling, eller hjemmebesøk av lege. Klagen kan bare rettes mot usaklig forskjellbehandling, eller hvis kommunens helsetjeneste ikke holder rimelige minstemål.”

Kommunehelsetjenesteloven § 2-4 fjerde ledd regulerer klagefrist og forholdet til forvaltningsloven. Fristen for å klage er tre uker fra vedkommende fikk ”høve” til å klage. En klage som kommer etter fristen, kan likevel tas under behandling ”når det finnes rimelig at den blir prøvd”. I Ot. prp. nr. 66 (1981-82) er dette forklart slik at det kan tas hensyn til at vedkommende ikke har vært klar over klageadgangen, at en avgjørelse vil

være av stor betydning og lignende. Her er det også presisert at en avvisning av klage kan påklages.

For øvrig gjelder forvaltningslovens regler om klage, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-4 fjerde ledd siste punktum. Denne regelen ble tilføyd ved lov 14. april 2000, og det ble i forarbeidene (Ot.prp. nr. 99, 1998-99) presisert at dette var en klargjøring av gjeldende rett. Dette innebærer at regelen i forvaltningsloven § 34 andre ledd om statlig klageorgans kompetanse ved overprøving av kommunale vedtak kommer til anvendelse, slik at Helsetilsynet i fylket må legge vekt på det kommunale selvstyret ved klage på vedtak etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4.

I årene 2007-2009 behandlet Helsetilsynet i fylkene årlig cirka 150 klager etter kommunehelsetjenesteloven.

26.3.3 Pasientrettighetsloven

Klageordningen etter *pasientrettighetsloven* er regulert i lovens kapittel 7. I forarbeidene til denne loven (Ot. prp. nr. 12, 1998-99) ble det vist til at flertallet av avgjørelsene som treffes i helsevesenet er uformelle avgjørelser, truffet av det enkelte helsepersonell uten krav til saksbehandling. Videre ble det lagt til grunn at innføring av klagerett kunne kompensere for manglende rettssikkerhetsgarantier ved uformelle avgjørelser.

Etter pasientrettighetsloven § 7-1 første ledd kan pasient eller representant for pasienten som mener at nærmere angitte bestemmelser er brutt, anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt. Dette gjelder bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4 og §§ 5-1, 6-2 og 6-3 og omfatter både den materielle retten til helsehjelp etter § 2-1 og prosessuelle rettigheter regulert i kapittel 2 – 6. Av § 7-1 andre ledd framgår det at også andre som mener de ikke har fått oppfylt sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6, kan anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt. Ifølge Ot. prp. nr. 12 (1998-99) var retten til å anmode om oppfyllelse ment å virke som en "uformell og ubyråkratisk måte å løse tvister mellom pasient og helsetjeneste". Ordningen innebærer at saken kan løses på lavest mulig nivå. Henvendelsen kan rettes til vedkommende helsepersonell personlig, til helsepersonellet overordnede eller til helseinstitusjonen som sådan.

Dersom den som yter helsehjelp avviser anmodningen, eller mener at rettighetene er oppfylt, kan det klages til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2. Det er presisert at klagen skal sendes til Helsetilsynet i fylket. Dette betyr at det er gjort unntak fra forvaltningsloven § 32, som bestemmer at klagen skal settes fram for det forvaltningsorganet som har truffet vedtaket. Av Ot.prp. nr. 12 (1998-99) framgår det at begrunnelsen for dette unntaket er å "unngå at det legges for store byråkratiske byrder på den som yter helsehjelp". Det framgår også at kommunen i kraft av sin instruksjonsrett over helsetjenesten kan opprette egne klageorganer hvis den finner det nødvendig.

Pasientrettighetsloven § 7-3 regulerer minstekrav til klagens form og innhold. Her er det bestemt at klagen skal være skriftlig, og at den må være undertegnet av pasienten eller den som representerer pasienten. Videre framgår det at klagen bør nevne det forhold som det

klages over, og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen. Det er også presisert at Helsetilsynet i fylket skal sette en kort frist for rettelse eller utfylling hvis klagen inneholder feil eller mangler. Denne bestemmelsen gjelder bare ved klage til Helsetilsynet i fylket og ikke ved anmodning om oppfyllelse etter pasientrettighetsloven § 7-1.

Pasientrettighetsloven § 7-5 regulerer frist for anmodning og klage. Fristen for anmodning etter § 7-1 er fire uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning, mens fristen for å klage til Helsetilsynet i fylket etter § 7-2 er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen.

Etter pasientrettighetsloven § 7-6 skal forvaltningslovens regler om enkeltvedtak og klage gjelde "så langt de passer" for Helsetilsynet i fylkets behandling av klagesaker, med de særreglene som er gitt i kapittel 7. Departementet har lagt til grunn at regelen i forvaltningsloven § 34 andre ledd gjelder ved klageinstansens prøving av kommunale vedtak, men ikke ved prøving av avgjørelser fattet av helsepersonell i klinisk virksomhet eller prøving av vedtak/avgjørelser fattet i spesialisthelsetjenesten,

Klagereglene i pasientrettighetsloven kapittel 7 gjelder i tillegg til klagereglene i kommunehelsetjenesteloven. Departementet har lagt til grunn at pasienten står fritt til å velge om vedkommende vil benytte klageordningen etter kommunehelsetjenesteloven eller pasientrettighetsloven.

Pasientrettighetsloven § 7-4 regulerer adgang til å be tilsynsmyndigheten vurdere mulig brudd på plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven. Regulering av tilsynsordning blir behandlet i kapittel 27.

I årene 2007-2009 behandlet Helsetilsynet i fylkene årlig mellom 600 og 650 klager etter pasientrettighetsloven. Det foreligger ikke tall for bruk av årsverk til behandling av disse klagene.

26.3.4 Forvaltningsloven

Forvaltningsloven har regler om klage i kapittel VI, jf. §§ 28-34. Av § 28 framgår det at enkeltvedtak kan påklages til det forvaltningsorgan (*klageinstansen*) som er nærmest overordnet det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket (*underinstansen*). Det er også presisert at med mindre Kongen bestemmer noe annet, kan klageinstansens vedtak i klagesak ikke påklages. I tillegg har § 28 særlige regler om adgang til å klage på klageinstansens vedtak om å avvise en klage. Klagefrist, når klagen må være fremsatt og oversitting av klagefristen er regulert i §§ 29-31, mens klagens adressat, form og innhold er regulert i § 32. I § 32 framgår det bl.a. at klagen skal "fremsettes for det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket; dersom muntlig klage er tillatt, skal erklæringen settes opp skriftlig av vedkommende forvaltningsorgan". Forvaltningsloven § 33 regulerer saksforberedelsen i klagesak. Her framgår det at kapittel IV og V skal gjelde tilsvarende, når ikke annet følger av § 33. Videre framgår det at underinstansen skal foreta de undersøkelser klagen gir grunn til, og at den kan oppheve eller endre vedtaket dersom

den finner klagen begrunnet. Dersom vilkårene for å behandle klagen ikke foreligger, er hovedregelen at underinstansen skal avvise saken. Hvis underinstansen ikke avviser, opphever eller endrer vedtaket, skal sakens dokumenter sendes klageinstansen så snart saken er tilrettelagt.

Forvaltningsloven § 34 andre ledd regulerer *klageinstansens kompetanse*. Her er det bestemt at klageinstansen kan prøve alle sider av saken, at den skal vurdere de synspunktene som klageren kommer med, og at den også kan ta opp forhold som ikke er berørt av klageren. Denne paragrafen har også en særregel for tilfeller der statlig organ er klageinstans for vedtak truffet av en kommune eller fylkeskommune. I slike tilfeller skal klageinstansen "*legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn*". Denne bestemmelsen ble tilføyd ved lovendring 10. januar 1997 nr. 7 (særlovsprosjektet fase 2). I forarbeidene til bestemmelsen (Ot.prp. nr. 51, 1995-96) framgår det:

> "Høringsuttalelsene, særlig fra fylkesmennene, viser imidlertid at det i praksis allerede utvises tilbakeholdenhet med å overprøve kommunalforvaltningens frie skjønnsutøvelse. Etter departementets mening bør et slikt prinsipp for forholdet mellom staten og kommunene i klagebehandlingen nedfelles i en lovregel. (…) Departementet legger til grunn at en slik bestemmelse i stor grad vil føre til de samme resultater som forslaget om ikke-plikt til prøving av det frie skjønn. (…) Forslaget vil trolig heller ikke innebære vesentlige endringer i forhold til dagens praksis på de fleste lovområder. Departementet antar at det likevel vil være av selvstendig betydning å få lovfestet som et generelt prinsipp at hensynet til det kommunale selvstyre skal inngå i de samlede avveiningene som foretas i forbindelse med avgjørelse av klagesaker."

Ifølge Ot.prp. nr. 51 (1995-96) er særregelen i forvaltningsloven § 34 "ikke ment å innebære en svekkelse av rettssikkerheten for parter og klagere i forvaltningsklager". I tillegg framgår det:

> "(…) tilføyelsen i § 34 andre ledd tredje punktum innebærer at klageinstansen i tillegg til klagers anførsler skal legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyre. I praksis vil dette innebære en viss terskel for klageinstansen i forhold til å endre kommunale eller fylkeskommunale vedtak på grunnlag av overprøving av det frie skjønnet. (…)Regelen utformes som en standardregel, noe som innebærer at den kan tilpasses de ulike områdene alt etter i hvor sterk grad hensynet til det kommunale selvstyret gjør seg gjeldende."

Forvaltningsloven § 34 fjerde ledd regulerer klageinstansens kompetanse ved utfallet av kontrollen. Klageinstansen kan velge mellom å treffe nytt vedtak i saken eller å oppheve det påklagete vedtaket og sende saken tilbake til underinstansen "til helt eller delvis ny behandling".

26.4 Forslag i NOU 2004: 18 - uttalelser fra høringsinstansene

Bernt-utvalget foreslo i NOU 2004:18 (Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene) en hovedregel om at alle vedtak om tildeling av tjenester kan påklages til Fylkesmannen. Begrensninger ble foreslått for beslutninger om den praktiske gjennomføringen av et

tjenestetilbud og for tilfeller der flere samtidig søker om en tjeneste det er knapphet på. Utvalget viste til at det etter gjeldende rett er to forskjellige instanser som skal behandle klager på kommunale sosial- og helsetjenester, avhengig av hvilken lov som hjemler tjenestene. Ifølge utvalget er et slikt tosporet system uoversiktlig for tjenestemottakeren, og det kan være særlig uheldig ved sammensatte tjenester. "I verste fall kan klager på likeartede tjenester få forskjellig utfall avhengig av om Helsetilsynet i fylket eller fylkesmannen har behandlet saken". Utvalget mente derfor at det bør være en klageinstans for klager etter sosial- og helselovgivningen, og at dette bør være Fylkesmannen, som kan være en samlende instans. Utvalget presiserte at forslaget ikke er til hinder for at klageinstansen fordeler oppgaver internt i organet slik det gjøres i dag, og forutsatte at forslaget skulle erstatte pasientrettighetsloven § 7-2 når det gjelder klager over tildeling av helsetjenester.

Utvalget foreslo også en ny regel for tilfeller der klager ikke får fullt medhold av kommunen. Etter forslaget skal klagen i slike tilfeller sendes Fylkesmannen, hvis ikke klager meddeler at hun eller han ønsker å trekke klagen tilbake. Det samme ble foreslått for tilfeller der klagen ikke er ferdigbehandlet senest fire uker etter at den er framsatt. Utvalgets begrunnelse var at det på de saksområder forslagene gjelder, gjennomgående er svært viktig å få en raskest mulig avgjørelse.

Utvalget viste til at spørsmålet om fylkesmannen kan og bør prøve forvaltningsskjønnet i saker om sosial- eller helsesaker, er omstridt. Ifølge utvalget er dagens regler, både reglene i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven, uklare når det gjelder omfanget av prøvingen i klageinstansen. Utvalget var imidlertid delt i spørsmålet om hvordan nye regler om klageinstansens kompetanse bør utformes. *Flertallet* foreslo at Fylkesmannens kompetanse skal tilsvare klageinstansens kompetanse etter forvaltningsloven, slik at Fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket, men at det ved prøving av forvaltningsskjønnet, skal legges vekt på det kommunale selvstyret. *Mindretallet* foreslo en lovbestemmelse det ble presisert at Fylkesmannen ved klagebehandlingen skal kontrollere at avgjørelsen er innholdsmessig lovlig, at den er truffet av rett person eller organ, og at den bygger på betryggende saksbehandling, korrekt faktum og en forsvarlig skjønnsutøving.

Et flertall av høringsinstansene mente at Fylkesmannen bør være felles klageinstans, og at klageinstansen bør ha full overprøvingsadgang. Alle *fylkesmannsembetene* unntatt ett var enige i dette. Begrunnelsen var særlig at rettssikkerheten til enkeltindividet må gå foran det kommunale selvstyret, og at hensynet til det kommunale selvstyret er tilstrekkelig ivaretatt ved reglene i forvaltningsloven. *Helsetilsynet i fylkene* støttet forslag om felles klageinstans og mente at Helsetilsynet i fylket bør være både klageinstans og tilsynsinstans**.** Et klart flertall mente at klageinstansen bør ha full overprøvingsadgang. *Statens helsetilsyn* foreslo at det etableres et Sosial- og helsetilsyn i fylket og at dette organet bør være felles klageinstans. Begrunnelsen var at det er viktig å ivareta helhetsperspektivet ikke bare horisontalt innen kommunen, men også vertikalt i forhold til spesialisthelsetjenesten. I likhet med *Sosial- og helsedirektoratet* mente Statens helsetilsyn at det bør være adgang til å prøve alle sider av vedtaket, særlig fordi de

avgjørelsene dette dreier seg om, er av svært stor betydning for tjenestemottakernes velferd og livssituasjon.

Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) uttalte at Fylkesmannen som klageinstans bare bør overprøve kommunalt vedtak på legalitet, og at Fylkesmannens myndighet bør innrettes i samsvar med Aasland-utvalgets anbefalinger. Flertallet av *kommunene* mente også at Fylkesmannen bør ha en begrenset overprøvingsadgang.

Kommunal- og regionaldepartementet mente at et statlig klageorgans kompetanse bør begrenses til å gjelde lovligheten av kommunens avgjørelse og uttalte: "Det forhold at det fremheves at det er tale om lovlighetskontroll, vil også være egnet til å styrke legitimiteten av den overprøving som foretas av kommunale prioriteringer ved slik klagebehandling." Videre uttalte Kommunal- og regionaldepartementet: "Å legge kompetansen til å avgjøre klage over enkeltvedtak over tjenester som finansieres av kommunen til et statlig klageorgan, innebærer i seg selv et brudd med det finansielle ansvarsprinsipp."

Moderniseringsdepartementet viste til at en samling av ansvaret for klagebehandling hos Fylkesmannen, vil være i tråd med de generelle prinsippene som ellers ligger til grunn for klagebehandlingen av kommunale vedtak. *Justisdepartementet* uttalte at klageorganets avgjørelse på dette området kan få betydelige økonomiske konsekvenser for kommunene, og at kommunenes budsjettansvar taler for at Fylkesmannens adgang til å overprøve kommunens skjønn bør være begrenset.

Yrkes- og brukerorganisasjonene støttet forslaget om at Fylkesmannen skal være felles klageinstans, men hadde ulike syn på klageinstansens kompetanse. Et flertall mente at Fylkesmannen bør ha full overprøvingsadgang. *Norges Handikapforbund* viste til at sosialtjenesteloven i dag er den eneste rettighetsloven som gir brukerne en begrenset klageadgang, og at flertallets forslag fjerner en urettferdig forskjellsbehandling. Handikapforbundet mente at en full overprøvingsadgang vil bidra til å sikre at kommunene i større grad holder seg til faglige hensyn og ikke bare økonomiske. *Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere* (FO) støttet også forslaget fra utvalgets flertall og viste til at "Dagens ordning i sosialtjenesteloven om at skjønnet kun kan overprøves når det er brukt åpenbart urimelig kan være et resultat av at kommunenes selvstyre settes foran rettssikkerheten til den enkelte tjenestemottaker og foran best faglig praksis." *Fagrådet innen Rusfeltet i Norge* støttet forslaget fra utvalgets mindretall og mente flertallets forslag ikke vil sikre likebehandling. Fagrådet viste til at "skjønnet varierer mye fra de ulike fylkesmannsembetene." *Landslaget for Offentlige Pensjonister* viste til at forslaget fra utvalgets mindretall var utformet mer konkret og detaljert, og at dette var å foretrekke framfor flertallets forslag "som er noe generelt utformet".

26.5 Departementets vurderinger og forslag

26.5.1 Generelt

Etter departementets vurdering bør de klagereglene som i dag gjelder for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, harmoniseres. Dette gjelder både reglene om hva det kan klages på, hvordan, hvem som er klageinstans og klageinstansens kompetanse. En harmonisering av regelverket på dette området vil innebære en betydelig forenklingsgevinst for personellet og den enkelte pasient og bruker. Det samme gjelder for pårørende. Det vil også være en forenkling at det er en felles klageinstans for henholdsvis omsorgstjenesten og helsetjenesten. Som nevnt innledningsvis i kapitlet, tar ikke departementet stilling på nåværende tidspunkt til om Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket bør være felles klageinstans. Departementets forslag innebærer at reglene om klage samles i pasientrettighetsloven, jf. punkt 6.2 om lovforslagets struktur.

26.5.2 Hva bør det være adgang til å klage på?

Etter pasientrettighetsloven gjelder klageadgangen både de prosessuelle rettighetene og avgjørelser om retten til helsehjelp. De prosessuelle rettighetene etter pasientrettighetsloven er gjennomgått i kapittel 21. I punkt 21.5 framgår det at departementet tilrår at disse rettighetene skal gjelde tilsvarende for mottakere av tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven. For mottakere av omsorgstjenester er klageadgangen i dag begrenset til å gjelde enkeltvedtak truffet av sosialtjenesten. Etter departementets vurdering bør også mottakere av omsorgstjenester få en lovregulert adgang til å klage over manglende oppfyllelse av prosessuelle rettigheter etter pasientrettighetsloven. Departementet legger til grunn at dette i praksis ikke vil innebære store endringer. Sosialtjenesten har plikt til å gi den enkelte råd og veiledning, jf. sosialtjenesteloven § 4-1. I tillegg gjelder en alminnelig veiledningsplikt etter forvaltningsloven § 11. I praksis vil klager på manglende medvirkning og informasjon m.m. bli tatt med i saksbehandlingen av klager etter sosialtjenesteloven, uten at klageadgangen blir problematisert.

26.5.3 Hvem skal klagen sendes til?

Etter pasientrettighetsloven § 7-2 skal klagen sendes til Helsetilsynet i fylket. Ordningen etter forvaltningsloven § 32 bokstav b er at klagen skal fremsettes for det organet som har truffet vedtaket. Begrunnelsen for regelen i forvaltningsloven er særlig at det er hensiktsmessig at det organet som tidligere har behandlet saken og har sakens dokumenter, forbereder klagebehandlingen og får mulighet til selv å omgjøre vedtaket. Departementet finner at disse hensynene tilsier at regelen om at klagen skal fremsettes for det organet som har truffet vedtaket, også bør gjelde for avgjørelser etter den nye loven. Departementet foreslår derfor en ny bestemmelse i pasientrettighetsloven om at klagen skal sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen. Forslaget gjelder både for enkeltvedtak og andre avgjørelser som ikke kan regnes som enkeltvedtak etter definisjonen i forvaltningsloven § 2 (uformelle avgjørelser truffet av helsepersonell i

klinisk virksomhet). Ved klage på et kommunalt enkeltvedtak skal klagen sendes til kommunen. Hvis klagen gjelder avgjørelser truffet av helsepersonell, må klagen fremsettes for den som yter hjelpen. Klagen kan rettes til vedkommende helsepersonell personlig, til helsepersonellets overordnede eller til helseinstitusjonen som sådan. Endringen foreslås å gjelde både ved klage på kommunale helse- og omsorgstjenester og ved klage på spesialisthelsetjenester.

Etter pasientrettighetsloven § 7-1 kan pasient eller representant for pasienten som mener at nærmere angitte bestemmelser er brutt, anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt. Reglene om formell klage i pasientrettighetsloven § 7-2 forutsetter at pasienten først har benyttet seg av ordningen etter § 7-1. En naturlig konsekvens av endring med hensyn til hvem klagen skal sendes til, er at regelen i § 7-1 oppheves. Departementet foreslår derfor at denne regelen oppheves, men legger til grunn at en uformell måte å løse tvister mellom pasienter/brukere og helse- og omsorgstjenesten på lavest mulig konfliktnivå vil bli praktisert selv om en slik ordning ikke er lovregulert.

Departementet er i tvil om hvilke følger disse endringene kan få for pasienter og brukere ut fra et forenklingsperspektiv. En innvending mot forslagene kan være at dette vil innebærer en mer byråkratisk/mindre smidig ordning. På den annen side kan det hevdes at forslagene innebærer at klageren kan få en raskere avgjørelse hvis kommunen finner grunn til å omgjøre sitt eget vedtak, slik at det blir unødvendig å sende saken til klageinstansen, jf. nedenfor. Kommunene får etter dette også muligheten til å samordne og se helheten i sitt tjenestetilbud. Departementet ber særlig om tilbakemelding fra høringsinstansene til disse forslagene.

26.5.4 Underinstansens kompetanse

Etter forvaltningsloven § 33 andre ledd må underinstansen foreta de undersøkelsene klagen gir grunn til, og vedtaket kan oppheves eller endres hvis underinstansen finner klagen begrunnet. Denne regelen gjelder i dag både for vedtak som treffes etter sosialtjenesteloven og for vedtak som treffes etter kommunehelsetjenesteloven, jf. sosialtjenesteloven § 8-1 og kommunehelsetjenesteloven § 2-4. Etter pasientrettighetsloven § 7-6 gjelder forvaltningslovens regler om behandling av "saker om enkeltvedtak og klage så langt de passer for Helsetilsynet i fylkets behandling av klagesaker, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet". Etter departementets vurdering er det grunn til å foreslå endringer i dette, slik at hovedregelen blir at forvaltningslovens regler om behandling av klage over enkeltvedtak gjelder så langt de passer, både for underinstansen og klageinstansen. I arbeidet med lovproposisjonen vil departementet ta sikte på å presisere nærmere hvilke bestemmelser som eventuelt ikke passer.

26.5.5 En eller to klageinstanser?

Ordningen med to klageinstanser når det gjelder rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen ble innført da kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft 1. januar 1984. I forarbeidene til loven (Ot.prp. nr. 36, 1980-81) ble det vist til at det kunne være ønskelig å

vinne erfaring med hvordan helsetjenesten i kommunen ville virke, og at departementet var åpen for å gjøre tilpasninger til eventuelle nye forslag om hvordan klagemuligheter og behandlingsmåter burde reguleres. Ordningen har ikke blitt endret siden kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt, og etter departementets vurdering er det ikke grunn til å videreføre denne. Ordningen bryter med systemet etter forvaltningsloven og klageordninger etter andre sektorlover, der det bare er en klageinstans. Dette gjelder både etter sosialtjenesteloven, barnevernloven, barnehageloven mv. Som det framgår av forarbeidene til pasientrettighetsloven (Ot. prp. nr. 12, 1998-99), kan kommunene, hvis de ønsker det, opprette egne klageorganer i kraft av sin instruksjonsrett over helsetjenesten. Departementets vurdering er at det er tilstrekkelig at slike klageorganer kan opprettes som en frivillig ordning i kommunene, og at det ikke er hensiktsmessig å videreføre særordningen som gjelder etter kommunehelsetjenesteloven.

26.5.6 Felles klage- og tilsynsinstans

Et argument for felles klage- og tilsynsinstans er at det er nær sammenheng mellom behandling av klagesaker og tilsynssaker. Pasienten eller brukeren vil ofte ikke ha kunnskap om skillet mellom en tilsynssak og en klagesak. Dersom myndighet til å behandle klagesaker og tilsynssaker legges til forskjellig instanser, vil dette gjøre det vanskelig for pasientene og brukerne å vite hvem som er riktig adressat for deres henvendelse. Dette vil medføre at det allerede i startfasen i saker vil være nødvendig at flere instanser må inn og vurdere hva slags type sak man står overfor.
Klagesakene gir videre viktig kunnskap om tjenestene som er nødvendig både for den hendelsesbaserte og planlagte tilsynsaktiviteten. Departementet vil derfor fremheve at det vil være både saklig og ressursmessig uhensiktsmessig å legge myndigheten til å behandle klage og tilsynssaker til ulike instanser.
Departementet vil understreke at det er flere hensyn som må tillegges vekt når det skal besluttes hvilket organ som skal være klageinstans. Et avgjørende hensyn er at samme organ må behandle både klage- og tilsynssaker. Dessuten bør valg av klageinstans understøtte samhandlingsreformen ved at samme organ behandler klage- og tilsynssaker, både når det gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. I tillegg bør det legges vekt på samordning med andre kommunale tjenesteområder.

26.5.7 Overordnet faglig ansvar og direkte styringslinje

Statens helsetilsyn har overordnet faglig klage- og/eller tilsynsansvar etter flere lover på helseområdet, samt sosialtjenesteloven, barnevernloven og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Statens helsetilsyn er gitt et slikt overordnet ansvar for å sikre harmonisering av saksbehandling av klage og tilsynssaker og de vurderinger som regional instans (Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket) gjør når det gjelder for eksempel klagenes innhold i enkeltsaker. Statens helsetilsyns nasjonale ansvar skal bidra til at like saker vurderes likt uavhengig av fylke.
Departementet legger til grunn at Statens helsetilsyns overordnede faglige ansvar vil videreføres uavhengig av valg av regional klage- og tilsynsinstans.

Departementet legger videre til grunn at den direkte styringslinjen som i dag gjelder fra Statens helsetilsyn til regional tilsynsinstans skal videreføres, både i klage- og tilsynssaker. Det anses som svært viktig å videreføre en direkte styringslinje fra Statens helsetilsyn til regional klage- og tilsynsinstans, jf. nærmere omtale av dette i kapittel 27.

26.5.8 Hvem bør være klageinstans?

Et viktig element i samhandlingsreformen er å oppnå harmonisering og samordning både horisontalt i kommunen og vertikalt overfor spesialisthelsetjenesten. Klageinstansen for avgjørelser etter den nye loven bør etter departementets syn være den samme uavhengig av hva klagen gjelder. For pasienter og brukere med sammensatte behov vil dette innebære en viktig forenkling ved at de kan henvende seg til en klageinstans i stedet for to forskjellige. Det vil også gjøre det enklere for klageinstansen å vurdere tjenestene i sammenheng hvis ansvarsområdet ikke er delt mellom to instanser.

Det er en nær sammenheng mellom klagesaker og tilsynssaker som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester og klagesaker og tilsynssaker som gjelder spesialisthelsetjenesten. En klage eller anmodning om pliktbruddsvurdering vil ofte kunne omhandle både helse- og omsorgstjenesten i kommunen og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er i tråd med de vurderinger som ligger til grunn for samhandlingsreformen, at behandling av klager på, og tilsyn med disse tjenestene ligger til samme instans. Dette innebærer at den instansen som velges som klageinstans, også bør behandle klager som gjelder spesialisthelsetjenesten.

Fylkesmannen har lang tradisjon som klageinstans etter særlovgivningen på de fleste kommunale sektorområdene, og fremstår i dag overfor både publikum og kommunene som en viktig administrativ rettssikkerhetsinstans i forhold til kommunale vedtak, og rettsriktigheten av disse. Dette gjelder bl.a. områder som følger av sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, barnehageloven, opplæringsloven og plan- og bygningsloven. Fylkesmannen er også i all hovedsak ansvarlig for lovlighetskontrollen med kommunale vedtak etter kommuneloven. Hensynet til samordning av klageordningene i kommunesektoren tilsier at Fylkesmannen også blir klageinstans etter den nye loven. Dette er i overensstemmelse med Bernt-utvalgets forslag, som fikk tilslutning fra et flertall av høringsinstansene. Også Aasland-utvalget anbefalte at alle oppgaver som er lagt til Helsetilsynet i fylket overføres til fylkesmannsembetet.

Fylkesmannen er videre regional tilsynsmyndighet etter flere lover der Statens helsetilsyn er faglig overordnet og har instruksjonsmyndighet overfor embetet. Statens helsetilsyn vil, uavhengig av valg av regional klageinstans, fortsatt kunne ha overordnet klage- og tilsynsansvar for helse- og sosialtjenesten i landet.

Organisatorisk innebærer fylkesmannsløsningen en forenkling og bedre ryddighet i ansvarslinjene. For publikum og kommunene vil det innebære en klar forenkling ved at de da bare har Fylkesmannen å forholde seg til, uavhengig av hvilket fagområde man søker avklaring på. Innbyggere og kommuner vil kunne sende en henvendelse til én regional instans, i stedet for to i saker der i dag både Fylkesmannens og Helsetilsynet i fylkets formelle kompetanse er berørt. Internt i embetet forutsettes det at den faglige myndigheten

delegeres videre til fylkeslegen, som fortsatt vil være helseoppgavenes faglige ansikt utad. En slik ordning vil ikke forhindre at fylkesmannen også på helseområdet vil stå under full faglig instruksjon av Helse- og omsorgsdepartementet via Statens helsetilsyn. Å samle den faglige myndigheten på hele helse- og sosialområdet til Fylkesmannen vil videre være å oppfylle Stortingets vedtak om full integrering av fylkeslegeembetet, jf. punkt 1.2 over.

Ved valg av Helsetilsynet i fylket som klageinstans vil man oppnå en horisontal og vertikal samordning innen helse- og deler av det tidligere sosialområdet. Ved valg av Fylkesmannen som klageinstans vil man imidlertid få en vertikal og horisontal samordning både innen hele helse- og sosialområdet, og i tillegg vil kommunene oppnå en horisontal samordning knyttet opp mot de øvrige fagområdene hvor Fylkesmannen er klageinstans.

Helsetilsynet i fylket (fylkeslegen) har opparbeidet en faglig legitimitet og autoritet i forhold til helsetjenesten. En overføring av oppgaver fra helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen kan oppfattes som en faglig svekkelse, både i befolkningen og i de medisinske fagmiljøene, selv om det ikke skjer endringer når det gjelder kompetanse og bemanning. Et slikt mulig inntrykk kan imidlertid motvirkes ved en tydeligere og gjennomgående intern organisering, ved at det etableres en samlet helse- og omsorgsavdeling under ledelse av fylkeslegen ved alle fylkesmannsembeter.

Departementet konkluderer ikke i dette høringsnotatet, men oppfordrer høringsinstansene til å uttale seg om hvilken instans som bør være klageinstans.

26.5.9 Klageinstansens kompetanse

Departementet finner innledningsvis grunn til å foreta en gjennomgang av bruken av begrepene "klageinstansens kompetanse" og "det frie skjønn".

Spørsmålet om klageinstansens kompetanse er todelt. Det første spørsmålet er hvilken kompetanse (myndighet) klageorganet har til å kontrollere ("prøve") kommunens vedtak. Det andre spørsmålet er om klageorganet har kompetanse til å treffe nytt vedtak, eller om klageorganet må nøye seg med å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til kommunen for ny behandling.

I dag er klageinstansens kompetanse til å kontrollere kommunenes "frie skjønn" regulert i forvaltningsloven § 34 andre ledd for helsetjenester og helsehjelp, og i sosialtjenesteloven § 8-7 første ledd for omsorgstjenester. Reglene har prinsipielt forskjellig utforming:

- Utgangspunktet i forvaltningsloven § 34 er at klageorganet har full kompetanse til å prøve alle sider ved påklaget vedtak. Hensynet til det kommunale selvstyret er normalt ivaretatt ved at statlig organ har plikt til å legge *vekt* på det kommunale selvstyret ved prøving av kommuners hensiktsmessighetsskjønn, jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd. Denne generelle klageordningen gjelder i dag også for klager etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven.
- For klager etter sosialtjenesteloven gjelder en særregel, der klageorganets *kompetanse* er begrenset ved at Fylkesmannen bare kan endre vedtaket når skjønnet er "åpenbart urimelig", jf. § 8-7 første ledd.

I rundskriv I-1/93 *Lov om sosiale tjenester m v* (Sosialdepartementet, 1992) er det lagt til grunn at Fylkesmannens kompetanse i klagesaker er "noe mer begrenset enn tilfellet er etter forvaltningsloven".

Med "det frie skjønn" menes det hensiktsmessighetsskjønnet som kommunen bygger på når den treffer sitt vedtak, særlig med hensyn til valg av tjenestetilbud og tjenestenes omfang. Det foreligger et "fritt skjønn" for kommunene så langt loven ikke dikterer valg av løsning ut fra et gitt faktum. Kommunen har med andre ord *frihet til å velge mellom flere alternativer*. For eksempel foreligger et fritt skjønn hvis kommunen ut fra et gitt saksforhold som utgangspunkt kan velge *om* den skal innvilge eller ikke innvilge en tjeneste. Det foreligger også et fritt skjønn så langt kommunen ut over lovens minstekrav kan velge den nærmere kvaliteten på og omfanget av tjenesten.

Kommunens frie skjønn skiller seg fra *"rettsanvendelse*". Det er tale om rettsanvendelse så langt loven ut fra et gitt saksforhold fører til en bestemt løsning, slik at kommunen etter loven *ikke kan velge*. For eksempel ligger det til rettsanvendelsen å vurdere om kommunen etter kommunehelsetjenesteloven, ut fra et gitt saksforhold, er forpliktet til å yte tjenester av en viss minstestandard. Klageinstansen vil alltid ha kompetanse til å kontrollere om lovens bestemmelser er riktig forstått (om vedtaket er lovstridig), om det er faktiske feil i avgjørelsesgrunnlaget og om det er feil i saksbehandlingen av betydning for vedtakets innhold. Også når loven skal tolkes og anvendes i konkrete saker, vil det ofte være nødvendig å ta stilling til betydelige skjønnsmessige elementer, f.eks. når det skal fastlegges hva som er "nødvendig helsehjelp". Slike vurderinger er i utgangspunktet en del av lovanvendelsen, og de blir gjerne kalt "*rettsanvendelsesskjønn*".

I praksis kan det være vanskelig å trekke grensen mellom rettsanvendelse og kommunens frie skjønn. Sondringen har direkte betydning for *domstolenes* kompetanse til å prøve forvaltningens vedtak. Sondringen har ikke den samme betydningen for *forvaltningens* klageordning, der utgangspunktet er at klageorganet har full kompetanse til å prøve alle sider ved påklaget vedtak, jf forvaltningsloven § 34. Hensynet til det kommunale selvstyret er normalt ivaretatt ved at statlig organ har plikt til å legge vekt på det kommunale selvstyret ved prøving av "det frie skjønn", jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd. Etter sosialtjenesteloven § 8-7 har sondringen imidlertid direkte betydning for klageinstansens kompetanse. Klageinstansen kompetanse etter sosialtjenesteloven § 8-7 er likevel ikke fullt ut den samme som domstolenes. Dagens regelverk forutsetter derfor at også forvaltningen må vurdere grensen mellom rettsanvendelse og "det frie skjønn".

Spørsmålet om klageinstansens kompetanse til å kontrollere kommunenes utøvelse av "det frie skjønn" er i praksis et spørsmål om *hvor langt klageinstansen skal kunne overprøve kommunens valg mellom ulike lovlige alternativer*, for eksempel kommunens valg mellom et tilbud som tilfredsstiller lovens minstekrav og et tilbud som i kvalitet og/eller omfang går ut over lovens krav.

Uavhengig av klageorganets kompetanse til å kontrollere kommunens vedtak, er det et eget spørsmål om klageorganet bør ha adgang til å treffe nytt vedtak. Et klageorgan vil alltid ha kompetanse til å oppheve kommunens vedtak og sende det tilbake til kommunen

for ny behandling. Den alminnelige klageordningen i forvaltningsloven § 34 siste ledd gir i tillegg klageorganet adgang til å treffe nytt vedtak i saken.

Både etter forvaltningsloven og sosialtjenesteloven kan klageinstansen prøve alle sider av vedtaket. Departementet finner ikke grunn til å foreslå endringer i dette, særlig fordi de avgjørelsene dette dreier seg om, er av svært stor betydning for tjenestemottakernes velferd og livssituasjon. Spørsmålet blir hva slags kompetanse klageinstansen bør ha når det gjelder prøving av kommunens frie skjønn og endring av kommunens vedtak etter den nye loven.

Etter en helhetsvurdering av hvordan klageinstansens kompetanse til å prøve kommunens skjønn bør være regulert, foreslår departementet at ordningen etter forvaltningsloven legges til grunn, med den endring at Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen ved prøving av vedtak fra kommunen skal "legge *stor* vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn." Departementet har i vurderingen lagt særlig vekt på at en ved å harmonisere klageordningene etter dagens sosialtjenestelov, kommunehelsetjenestelov og pasientrettighetslov ikke skal oppnå utilsiktede endringer med hensyn til klageinstansens adgang til å overprøve kommunens frie skjønnsutøvelse. Som vist innledningsvis er Fylkesmannens kompetanse i klagesaket noe mer begrenset etter sosialtjenesteloven enn tilfellet er etter forvaltningsloven. Begrensningen i sosialtjenesteloven § 8-7 er gitt av hensyn til det kommunale selvstyret. Hensynet til det kommunale selvstyret er i dag til en viss grad ivaretatt også i forvaltningsloven § 34 andre ledd. Forslaget innebærer at terskelen for å prøve kommunens frie skjønn på helse- og omsorgsområdet skal være høyere sammenlignet med den generelle terskelen angitt i forvaltningsloven, og at klageinstansen derfor skal være tilbakeholden med å overprøve kommunens frie skjønn.

Departementet foreslår også at det tas inn en presisering i pasientrettighetsloven for å konkretisere hva klageinstansen skal vektlegge ved prøving av kommunenes frie skjønn. Dette foreslås slik: Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, "*herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene ut over lovens krav"*. Forslaget til tilføyelse innebærer en videreføring og klargjøring av gjeldende rett.

I tillegg foreslår departementet, etter en helhetsvurdering, en endring når det gjelder klageinstansens kompetanse til å treffe nytt vedtak. Dersom klageinstansen velger å treffe nytt vedtak, vil underinstansen være avskåret fra å påvirke klageorganets nye avgjørelse. Kommunen bør sikres frihet til å utøve hensiktsmessighetsskjønn uavhengig av statlig klageorgan, og dette kan løses ved avskjæring av klageorganets kompetanse til å treffe nytt vedtak. Samtidig bør pasientene og brukerne sikres klagerett over kommunens nye vedtak. Departementet foreslår etter dette at det presiseres at klageinstansen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen, men at klageinstansen ikke selv kan treffe nytt vedtak i saken. Når saken sendes tilbake, får kommunen anledning til å treffe nytt vedtak, herunder utøve sitt "frie skjønn" på nytt i lys av klageinstansens merknader.

En innvending mot forslaget er at det kan føre til at det tar noe lengre tid før pasientene og brukerne får et endelig vedtak. Pasientenes og brukernes rettssikkerhet vil imidlertid være ivaretatt ved at de også kan klage over kommunenes nye vedtak.

26.6 Administrative og økonomiske konsekvenser

Uansett hvilken instans som velges som klage- og tilsynsinstans for den kommunale og statlige helse- og omsorgstjenesten, vil en felles ordning innebære en endring i hvem som er klageinstans. Etter sosialtjenesteloven er Fylkesmannen klageinstans, mens Helsetilsynet i fylket er klageinstans etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Da Helsetilsynet i fylket i dag er en integrert del av fylkesmannsembetet, vil en felles ordning uansett ikke medføre endringer som får administrative eller økonomiske konsekvenser av betydning.

Et annet moment gjelder hva det kan klages på. For helsetjenestene videreføres dagens regulering i pasientrettighetsloven. Forslaget innebærer at mottakere av omsorgstjenester gis en lovfestet klageadgang med hensyn til spørsmål om "rettigheten" er oppfylt, herunder prosessuelle rettigheter. Som nevnt i punkt 26.5.2, legger departementet til grunn at klagebehandling etter sosialtjenesteloven allerede i dag omfatter behandling av klager på manglende medvirkning og informasjon m.m. En lovfestet adgang til å klage på manglende oppfyllelse av prosessuelle rettigheter, vil derfor ikke innebære administrative og økonomiske konsekvenser av betydning.

Det å begrense klageinstansens kompetanse til å prøve kommunens frie skjønn vil ikke innebære økte kostnader for kommunene. Dersom klageinstansens kompetanse ikke begrenses, vil kommunenes utgifter potensielt kunne økes fordi klageinstansen da kan pålegge kommunen er mer kostnadskrevende tjeneste. Forslaget om avskjæring av klageinstansens kompetanse til å treffe nytt vedtak vil imidlertid føre til at flere saker blir sendt tilbake til kommunen, og dette vil innebære merarbeid for kommunene.

27 Tilsyn

27.1 Innledning

I kommunelovens kapittel 10 A er det forutsatt at det statlige tilsynet med kommunene skal gjøres av Fylkesmannen. Tilsyn med helsetjenestene er i dag regulert både i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Helsepersonelloven har egne regler om reaksjoner mv. ved brudd på lovens bestemmelser, der Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket er tillagt særskilt ansvar. Statens helsetilsyn har ansvar for overordnet faglig tilsyn både med helsetjenesten og sosialtjenesten i landet og har instruksjonsmyndighet både overfor Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannen i enkeltsaker. Ansvaret for det regionale tilsynet er regulert forskjellig. Etter sosialtjenesteloven er Fylkesmannen regional tilsynsinstans, mens Helsetilsynet i fylket er regional tilsynsinstans i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Helsetilsynet i fylket er organisatorisk en integrert del av fylkesmannsembetet etter at fylkeslegeembetet, sammen med Statens utdanningskontor, ble innlemmet i embetet med virkning fra 1.1.2003. Administrativt og budsjettmessig myndighet for Helsetilsynet i fylket er lagt til Fylkesmannen, mens den faglige instruksjonsmyndigheten går direkte fra Statens helsetilsyn til Helsetilsynet i fylket, i stedet for via Fylkesmannen slik praksis er på de øvrige fagområdene som ligger til embetet. Tittelen "fylkeslege" er beholdt, og fylkeslegen inngår i Fylkesmannens ledergruppe på lik linje med de øvrige avdelingsdirektørene i embetet. For mer om bakgrunn og organisering, se punkt 26.2 i omtale av klageordning.

Nedenfor vil det først bli gitt en framstilling av gjeldende rett, forslag i NOU 2004:17, NOU 2004:18, Ot. prp nr 97 (2005-06) (om kommunelovens kap 10 A) og Meld. St. 7 (2009-2010) om gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene. Etter dette vil det bli redegjort for departementets vurderinger og forslag. Forslagene gjelder overordnet faglig tilsyn og lovlighetstilsyn. Departementet vil redegjøre for generelle sentrale hensyn som søkes ivaretatt når det skal besluttes hvem som skal være tilsynsmyndighet på regionalt nivå. Deretter vil det bli redegjort for ulikheter ved de to alternativene til regional tilsynsinstans henholdsvis Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket. Departementet konkluderer ikke når det gjelder dette spørsmålet. Høringsinstansene oppfordres derfor spesielt til å uttale seg om dette. Departementet redegjør også for hvem som etter gjeldende rett har myndighet til å rette pålegg mot kommunen. Fordi det i dette høringsnotatet ikke konkluderes i spørsmålet om hvem som skal være regional klage- og tilsynsinstans, står spørsmålet om hvem som skal ha myndighet til å ilegge pålegg også åpent i dette høringsnotatet.

27.2 Gjeldende rett

27.2.1 Tilsyn med helsetjenesten

Etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 1 har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. Av denne bestemmelsen framgår det også at det i hvert fylke skal det være en fylkeslege. Videre er det presisert at fylkeslegen er tillagt myndighet som "Helsetilsynet i fylket" i lover og forskrifter, og er da "direkte underlagt Statens helsetilsyn". Dette betyr at Statens helsetilsyn kan instruere Helsetilsynet i fylkene som regional tilsynsinstans i enkeltsaker. Slik instruksjonsrett er nødvendig for å sikre riktig og lik behandling av saker på landsbasis. Som en konsekvens av eierreformen i spesialisthelsetjenesten har det vært nødvendig at Statens helsetilsyn "kan gi den enkelte fylkeslege oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke" (helsetilsynsloven § 1 fjerde ledd), og for øvrig styre samarbeidet mellom tilsynsinstans i fylker der foretaksgrensene ikke følger fylkesgrenser. På dette området kan ikke fylkesmannen instruere fylkeslegen. For øvrig er fylkeslegen underlagt fylkesmannen.

Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket skal følge med på hvordan helsetjenesten og helsepersonell utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomhet som utøver tjenester i strid med helselovgivningen. Oppgavene er nærmere regulert i lov om statlig tilsyn med

helsetjenesten § 2. I første ledd i denne bestemmelsen framgår det at Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningen behov for helsetjenester blir dekket.

Tilsyn med *helsepersonell* utløses som regel av en hendelse som medfører at Helsetilsynet i fylket får informasjon om mulige uregelmessigheter gjennom anmodninger om vurdering av mulig pliktbrudd etter helsepersonelloven § 55, ved lovpålagte meldinger eller annen informasjon. Helsetilsynet i fylket skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier advarsel eller tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett, eventuelt begrensning av autorisasjon, jf. lov om helsepersonell kapittel 11. Statens helsetilsyn gir administrative reaksjoner til helsepersonell etter reglene i dette kapitlet. Forholdet til helsepersonelloven er gjennomgått ovenfor i kapittel 8, jf. punkt 8.2.

Tilsyn med *virksomheter* utøves både som planlagt tilsyn og som tilsyn utløst av hendelser. Helsetilsynet i fylket skal påse at helsetjenestene drives i samsvar med regelverket. Det skal også påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at tjenestene utøves forsvarlig og at svikt i helsetjenesten forebygges, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3.

Hvis virksomheten utøves på en måte som er i strid med helselovgivningen, og dette ikke blir rettet etter påpekning fra Helsetilsynet i fylket, kan Statens helsetilsyn etter nærmere vilkår gi pålegg om retting, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 5 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3. I begge disse bestemmelsene er Statens helsetilsyn gitt adgang til å gi pålegg hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig.

I årene 2007-2009 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene årlig cirka 270 tilsyn som systemrevisjon. Av disse ble ca. 110 gjennomført som felles tilsyn med både helse- og sosialtjenester i samarbeid med Fylkesmannen som tilsynsmyndighet for tjenester etter sosialtjenesteloven. I samme periode behandlet Helsetilsynet i fylkene årlig cirka 1900 tilsynssaker. Det foreligger ikke sikre tall for ressursbruk til systemrevisjoner og tilsynssaker spesielt. Til behandling av klagesaker tilsynssaker og planlagt tilsyn med helsetjenesten, ble det samlet brukt 115-120 årsverk i 2009, administrative fellestjenester ikke inkludert. Av dette gjelder klagesakene en liten andel.

27.2.2 Tilsyn med sosialtjenesten

I sosialtjenesteloven § 2-7 er det bestemt at Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten i landet. Regional tilsynsmyndighet er Fylkesmannen, som skal påse at kommunens virksomhet etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7 drives i samsvar med loven og forskriftene til loven. Ved tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c skal det også føres stedlig tilsyn. Dette gjelder bruk av tvang overfor utviklingshemmede i følgende tilfeller: ”planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner” eller ”tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke,

påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak", jf. nedenfor i kapittel 33.

Også når det gjelder sosiale tjenester gjennomføres tilsynet primært som tilsyn med at kommunene styrer slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov og forskrift og at svikt forebygges. Kommunene har plikt til internkontroll etter sosialtjenesteloven kapitlene 4, 4A, 6 og 7. Tilsyn med sosiale tjenester gjennomføres allerede i dag ofte som et felles tilsyn med tilsyn med helsetjenesten.

Statens helsetilsyn gir, som overordnet faglig tilsynsmyndighet, føringer for gjennomføring av fylkesmennenes tilsyn både med tjenestene etter kapittel 4, 6 og 7, og det gis veiledning og retningslinjer for det stedlige tilsynet etter kap 4A.

Hvis Fylkesmannen finner at en virksomhet etter sosialtjenesteloven kapittel 4, 4A, 6 og 7 drives på en måte som kan ha skadelige følger for tjenestemottaker eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan fylkesmannen gi pålegg om å rette opp forholdet.

I årene 2007-2009 gjennomførte fylkesmennene årlig cirka 175 tilsyn som systemrevisjon, av disse omfattet cirka 110 også tjenester etter helselovgivningen. I tillegg kommer årlig cirka 260 stedlige tilsyn knyttet til bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming Til klagebehandling og tilsyn med sosialtjenesten samlet ble det i 2009 brukt drøyt 40 årsverk, administrative fellestjenester ikke inkludert.

27.2.3 Kommuneloven kapittel 10 A

Kommuneloven er en sentral premissgiver for gjennomføringen av statlig tilsyn med kommunene. I kommuneloven kapittel 10 A er det gitt felles regler om rammer, prosedyrer og virkemidler for statlig tilsyn med kommunesektoren. Reglene i dette kapitlet trådte i kraft 1. mars 2007. Reglene har som mål å gjøre statens tilsyn med kommunen mer oversiktlig, enhetlig og forutsigbart. Etter disse bestemmelsene er det forutsatt at det er Fylkesmannen som fører alt statlig tilsyn at kommunene og fylkeskommunene oppfyller plikter pålagt i eller i medhold av lov der departementet er gitt myndighet til å føre tilsyn. At kapittel 10 A gir generelle regler om rammer og prosedyrer for statlig tilsyn med kommunene, gir et system der man må gå til den enkelte særlov for å finne hvilke områder i loven det skal føres tilsyn med, mens kommuneloven fastsetter *hvordan* tilsynet skal gjennomføres. Det innebærer at så vel rammer og myndighet for tilsyn som regler om saksbehandling, klage og virkemiddelbruk er harmonisert i kommuneloven kapittel 10 A.

Videre skal Fylkesmannen samordne praktiske sider og bruk av reaksjoner ved ulike statlig tilsyn rettet mot kommunen eller fylkeskommunen.

Virkeområdet for kommunelovens regler om tilsyn er avgrenset til å gjelde tilsyn med de genuine kommunale pliktene, de såkalte "*kommunepliktene*". Dette er plikter som bare er pålagt kommuner, og som er pålagt kommunene i deres egenskap av å være lokale, folkevalgte organer. Reglene kommer ikke til anvendelse på tilsyn med kommunenes etterlevelse av regler som stiller krav til enhver som driver en aktivitet eller tilbyr en tjeneste, de såkalte aktørpliktene. Denne avgrensningen gjelder likevel ikke

fylkesmannens samordning av tilsyn i medhold av kommuneloven § 60 e. Denne bestemmelsen gjelder for alt statlig tilsyn rettet mot en kommune eller fylkeskommune, både kommuneplikter og aktørplikter.

27.2.4 Hvilke premisser ble lagt i forarbeidene til kommuneloven kapittel 10 A?

Kapittel 10 A bygger på dokumentene NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren (det såkalte Aasland-utvalget) og Ot.prp. nr 97 (2005-06). I sin vurdering av innretningen av tilsynsreglene med helse- og sosialtjenesten i kommunen, uttalte utvalget følgende i kapittel 9.4.1:

> "Etter utvalgets oppfatning gjør de hensyn som utvalget mener legger føringer på statlig tilsyn med kommunesektoren, seg i like stor grad gjeldende for tilsyn med helsetjenesten i kommunene som med annet kommunerettet tilsyn. (…) Det tilsier at tilsyn med helsetjenesten i kommunene reguleres på samme måte som annet statlig tilsyn med kommunesektoren."

Videre uttalte utvalget i punkt 11.1.3 om organisering av tilsyn med helsetjenesten:

> "(…)Ved integreringen ble det likevel bestemt at myndigheten som regionalt tilsynsorgan etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten fortsatt skulle ligge direkte til fylkeslegen. Med andre ord ble den direkte faglige styringslinjen mellom Helsetilsynet og fylkeslegene opprettholdt i saker der det utøves tilsyn. Fylkeslegen, som i tilsynssaker nå opptrer som Helsetilsynet i fylket, er i øvrige saker og administrativt underlagt fylkesmannen.
>
> Etter utvalgets oppfatning er ikke denne organiseringen av tilsyn med helsetjenesten i tråd med det som var formålet med integreringen, nemlig å samordne statens styring av kommunesektoren. Utvalget viser til at det er en sammenheng mellom organisering og samordning, og til de argumentene som en anførte for å samle tilsynet med kommunesektoren hos fylkesmannen. Etter utvalgets oppfatning gjør de samme argumentene seg gjeldende for å legge tilsynet med helsetjenestene under fylkesmannen. Det vil gi fylkesmannen bedre muligheter til å samordne tilsynet med de kommunale helsetjenestene med tilsynet med øvrige kommunale tjenester. Tilrådning nr. 12: Oppgavene til Helsetilsynet i fylket overføres til fylkesmannen "

I Ot.prp. nr. 97 (2005-2006) ble det i punkt 5.3.3 uttalt følgende:

> "I den sektorvise gjennomgangen av heimel for statleg tilsyn med kommunesektoren som departementet foreslår skal gjerast, må heilskapen og kompleksiteten i kommunale, statlege og private helsetenester leggjast vekt på og dei særlege behova som gjer seg gjeldande innafor helsetenesta ivaretakast. Det er for eksempel stort behov for å sjå nivåa og aktørane i helsetenesta i samanheng. Mykje av svikta som skjer er knytt opp mot samhandling og i grenseflater, for eksempel i samhandlinga mellom forvaltningsnivåa. Såleis må det skje ei vurdering av tilsynet, der det blir teke omsyn til horisontal samordning av tilsyn (samordning mellom ulike sektorar som kommunane har ansvar for), og vertikal samordning (samordning på tvers av forvaltningsnivåa). I vurderinga av regelverket for tilsynet kan derfor ikkje tilsyn med kommunale tenester sjåast isolert og behovet for eventuelle tilpassingar i regelverket om tilsyn med helsetenesta må vurderast nærmare."

27.3 Forslag i NOU 2004:17 (Aasland-utvalget) og Ot. prp. nr 97 (2005-2006)

Aasland-utvalget fikk blant annet i oppdrag å utrede behovet for og innretning av det det statlige tilsynet med kommunesektoren. I utvalgets innstilling NOU 2004:17 er spørsmålet om helsetilsynets regionale organisering behandlet. Uttalelsene fra utvalget er sitert ovenfor i punkt 27.2.4.

Med utgangspunkt i Aasland-utvalgets innstilling la regjeringen (Bondevik II) frem Ot. prp. nr. 97 (2005-06) der det ble foreslått å gi kommuneloven et nytt kapittel 10A, der det gis generelle regler om rammer, prosedyrer og virkemidler for statlig tilsyn med kommunesektoren. I tillegg har Fylkesmannen fått lovfestet og styrket sin rolle som samordner av de statlige tilsynene mot kommunene. Reglene forutsetter at det er Fylkesmannen som skal føre alt statlig tilsyn med at kommunene oppfyller side lovpålagte kommuneplikter. Stortinget sluttet seg til forslagene gjennom behandlingen av Innst. O nr. 19 (2006-07). Lovendringene trådte i kraft 1. mars 2007.

27.4 Meld. St. 7 (2009-2010) Gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene

Stortinget behandlet 10. mai 2010 Meld. St. 7 (2009-2010) Gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene. Bakgrunnen for meldingen var behovet for en harmonisering av tilsynsbestemmelsene i særlovene i tråd med de alminnelige reglene om statlig tilsyn i kommuneloven kapittel 10A. Målet med særlovsgjennomgangen er å oppnå at det i minst mulig grad er gitt egne særregler om tilsyn i særlovene. Det blir i meldingen gitt en samlet gjennomgang av reglene i særlovene om statlig tilsyn med kommunene.

I Meld. St. 7 (2009-2010) kapittel 12.1 viser Helse- og omsorgsdepartementet til at gjeldende tilsyn med helse- og sosialtjenesten foregår i tråd med de hovedprinsippene som er lagt til grunn i kommuneloven kapittel 10 A. Ordningen med Helsetilsyn i fylkene ble videreført i påvente av endelig vurdering av forslag til tilsynsorgan som blant annet drøftes i dette høringsnotatet. Departementet uttalte videre at det vil bli fremmet forslag til endringer i tilsynsbestemmelsene med sikte på å harmonisere helse- og sosiallovgivningen med kommuneloven kapittel 10 A. I dette høringsnotatet foreslår departementet nye regler om statlig tilsyn i helse- og omsorgloven som er harmonisert med kommuneloven kapittel 10 A. Det konkluderes imidlertid ikke når det gjelder hvilken regional instans som bør velges som felles regional klage- og tilsynsinstans.

27.5 Forslag i NOU 2004:18 og uttalelser fra høringsinstansene

Bernt-utvalget foreslo i NOU 2004:18 å ta inn krav i den nye loven om at kommunen skal føre internkontroll for å sikre at virksomhet etter loven oppfyller tjenestemottakernes behov og er i overensstemmelse med lover, forskrifter og vedtak i medhold av lov. Utvalget foreslo også å videreføre Statens helsetilsyn som overordnet tilsynsmyndighet med helse- og sosialtjenestene i kommunene, og at navnet skulle endres til Statens sosial- og helsetilsyn, slik at det blir tydelig at ansvarsområdet dekker både sosial- og helsetjenesten.

Utvalget mente at tilsynsansvaret for Helsetilsynet i fylket ikke opprettholdes ved et "integrert tilsyn og klagebehandling", og at fylkeslegen må innordnes som en del av fylkesmannens stab. Utvalget foreslo derfor at tilsynet på regionalt nivå samordnes ved at tilsynet med helsetjenester overføres til Fylkesmannen. Myndighet til å gi pålegg ble foreslått samlet hos Fylkesmannen med Statens sosial- og helsetilsyn som klageinstans. For å sikre et tilstrekkelig uavhengig tilsyn foreslo utvalget at Statens sosial- og helsetilsyn skal kunne instruere Fylkesmannen, ikke bare i generell lovforståelse, men også i enkeltsaker. Videre foreslo utvalget en adgang for Statens sosial- og helsetilsyn til "av eget tiltak ta opp sak om tilsyn og pålegg etter loven her overfor kommunen", og at kommunen kan påklage pålegg fra Sosial- og helsetilsynet til departementet. Utvalget uttalte seg ikke om tilsyn med spesialisthelsetjenesten.

De *fylkesmannsembetene* som uttalte seg om utvalgets forslag til regulering av tilsyn, støttet at Fylkesmannen skal være regional tilsynsmyndighet og mente at dette vil gi en bedre samordning overfor kommunene. *Statens helsetilsyn* og *Helsetilsynet i fylkene* støttet ikke dette forslaget. Statens helsetilsyn uttalte at utvalget først og fremst hadde hatt fokus på horisontal samordning innen og overfor kommunen og savnet en analyse av hvilke konsekvenser forslaget kan få for den vertikale samordningen innen helsetjenesten.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hedmark viste til at det er grunnleggende viktig for mottakere av helsetjenester at samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt. De påpekte at tilsyn har vist at det ofte er svikt i denne samhandlingen, og at det er viktig at det i framtiden ikke blir et todelt tilsynsansvar. *Norsk Sykepleierforbund* viste til at mange av de mest sårbare brukergruppene vil ha behov for tiltak og behandling både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, gjerne over lang tid, og at det er behov for tilsyn som kan følge opp denne samhandlingen. Sykepleierforbundet mente i likhet med *Legeforeningen* at en framtidig tilsynsordning best utføres ved et "samlet Helsetilsyn i fylkene".

Kommunenesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) viste i sin høringsuttalelse til den uttalelsen forbundet hadde avgitt til Aasland-utvalgets innstilling. I denne uttalelsen støttet KS tilsynsutvalgets tilrådninger for forenkling og modernisering av statlige tilsyn med kommunene. KS mente utvalgets forslag vil innebære en "betydelig forenkling, rendyrking av tilsynsfunksjoner og koordinering av arbeidet" og var "positiv til samordning av statens tilsynsvirksomhet til fylkesmannen".

27.6 Evaluering av integrering av fylkeslegeembetet i fylkemannsembetet

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har gjennomført en evaluering av integreringen i fylkesmannsembetene i 2003, jf. Difi rapport 2009:9 *En vellykket samordning av regional stat*.

Evalueringen viser at integreringen har ført til at staten fremstår som mer samordnet og helhetlig overfor kommunesektoren. Fylkesmannen, og fagavdelingene på helse og utdanning, har fått et mer helhetlig bilde av kommunene ved at helse og utdanning er integrert i embetet.

Difi viser til at den to-sporede styringen på helseområdet i praksis ikke er noe stort problem for fylkesmennene, kommunene eller helseforetakene, men at den direkte styringen fra Helsetilsynet ikke er like uproblematisk for de øvrige direktoratene og departementene med styringsansvar for Fylkesmennene. Flere opplever at Helsetilsynet har en sterkere styring på sine oppgaver enn det de selv har mulighet til. Difi stiller spørsmål ved om det er nødvendig med dette systemet, og konkluderer med:

> "Etter vår (Difis) vurdering er det prinsipielt uheldig med en styringsmodell som ikke er lik for alle eierdepartementene og -direktoratene. Dette kan føre til ytterligere suboptimalisering av styringen ved at de øvrige departementene og direktoratene på ulike måter prøver å sikre egne områder og på den måten sette den eksisterende styrings- og finansieringsmodellen under press. Dette kan igjen føre til mindre fleksibilitet for fylkesmannen i den interne styringen og hemme mulighetene for samarbeid og samordning mellom sektorene. HOD og Helsetilsynet bør derfor vurdere om det fortsatt er slik at den direkte styringslinjen er en forutsetning for god oppgaveløsning og god dialog, eller om dette også vil kunne sikres innenfor den styringsmodellen som gjelder for de øvrige fagområdene."

27.7 Departementets vurdering og forslag

27.7.1 Overordnet faglig tilsyn

Rollen til Statens helsetilsyn som overordnet faglig tilsynsmyndighet etter helse-, sosial- og barnevernlovgivningen kommer til utrykk gjennom styring og prioritering av områder og tema for tilsyn, metodeutvikling og harmonisering av tilsynsutøvelsen. Statens helsetilsyn forventes å ha en generell oversikt over tilstanden i tjenestene. Dette krever både rutinemessig overvåkning av tilgjengelige data og egen innsamling av data for å belyse spesifikke problemstillinger. Tilsynserfaringer skal systematiseres, og kunnskap om tjenestene skal analyseres og vurderes for å kunne identifisere områder der det svikter eller er risiko for svikt, eller forhold som av andre grunner bør forbedres. Dette gir grunnlag for å vurdere behov for tilsyn med de forskjellige virksomhetene nærmere.

Rollen som overordnet faglig tilsyn har videre som formål å sikre helhetlig og enhetlig behandling av tilsyn og klager:

- Den sikrer helhetlig tilsyn med både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester. I skjæringspunktet mellom ulike tjenester og nivåer er det spesielt stor fare for svikt. Tilsyns- og klagesaksorganiseringen må i fremtiden understøtte formålet med samhandlingsreformen når det gjelder å sikre rette tjenester på rett nivå.
- Den skal sikre at lovens krav til tjenestene fortolkes likt, at det materielle innholdet i den standard som kommunene ikke kan fravike er den samme i hele landet.
- Den skal også sikre at tilsynsmyndighetens saksbehandling gjennomføres innenfor regelverket og med samme krav til kvalitet uavhengig av fylke.
- Den sikrer mulighet for styring av samarbeid og samordning av tilsyn med spesialisthelsetjenesten når eierforholdene gjør det hensiktsmessig.

Departementet finner det ikke tvilsomt at Statens helsetilsyn fortsatt bør ha ansvar for overordnet tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og påse at virksomheter drives

på en faglig forsvarlig måte og i samsvar med lov og forskrift. Etter departementets vurdering vil dette sikre nødvendig uavhengighet i tilsynet i tillegg til en god styring og prioritering av områder og tema for tilsyn, metodeutvikling og harmonisering av tilsynsutøvelsen.

Videre bør det fortsatt være en del av rollen til Statens helsetilsyn å gi vurderinger til overordnede myndigheter og ansvarlige for tjenestene om udekkede behov, uønskede dreininger i prioriteringer eller variasjoner som ikke er i samsvar med lovgivningen og nasjonale mål og prioriteringer.

27.7.2 Hvem bør være regional tilsynsinstans?

I valg av regional tilsynsinstans er det en rekke sentrale hensyn som må ivaretas:

- Valg av, og organisering av, tilsynsmyndighet for spesialisthelsetjenesten må bygge på behovet for faglig tyngde og tillit. Med den økende grad av spesialisering og kompleksitet som preger spesialisthelsetjenestens innhold og organisering er det, etter departementets vurdering, helt avgjørende å beholde en tilsynsinstans på fylkesnivå som har nødvendig kompetanse til å utøve myndighet på dette området.
- Tilsynsmyndighet for spesialisthelsetjenesten må kunne ivareta at eierforholdene ikke alltid vil følge fylkesgrensene. Det må være en instruksjonsmulighet for overordnet tilsynsmyndighet som sikrer enhetlig tilsyn innen samme helseforetak. Tilsynsmyndigheten må kunne pålegges samarbeid med, eller eventuelt å avgi myndighet til, tilsynsmyndigheten i et annet fylke, når det er nødvendig.
- Pasienter i spesialisthelsetjenesten er som regel også pasienter i eller brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Statens helsetilsyn har påpekt at faren for svikt er størst i samhandlingen mellom forvaltningsnivåene. Det er derfor ønskelig at det gjelder samme tilsynsordning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten som for spesialisthelsetjenesten. Det bør være felles tilsynsinstans for begge nivåene.
- Det er nær sammenheng mellom behandling av klagesaker og behandling av tilsynssaker. Pasient og bruker har som nevnt i kapittel 26 ofte ikke kunnskap om skillet mellom klage- og tilsynssaker og det er derfor viktig at en ikke skaper en klage- og tilsynsordning som er uoversiktlig.

Disse hensynene kan ivaretas både gjennom å velge Fylkesmannen som regional klage- og tilsynsinstans og ved valg av Helsetilsynet i fylket.

Ved valg av *Fylkesmannen* som felles regional tilsynsinstans kan det i tillegg anføres følgende:

- Etter kommuneloven kapittel 10 A skal Fylkesmannen være felles statlig tilsynsinstans overfor kommunene. Fylkesmannen er i dag regional tilsynsmyndighet etter sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, opplæringsloven, barnevernloven, forurensingsloven, barnehageloven, havne- og farvannsloven, lov om kommunal beredskapsplikt og krisesenterlova. Hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren tilsier at Fylkesmannen også bør være tilsynsinstans etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Tilsynet

med kommunenes tjenesteproduksjon bør være mest mulig helhetlig, slik at de ulike delene av kommunenes tjenesteproduksjon vurderes i sammenheng.
- Uavhengige og ukordinerte sektortilsyn kan føre til uheldige vridninger i kommunenes prioriteringer.
- Det er viktig for pasienter og brukere med behov for hjelp både fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fra andre kommunale sektorer at tilsynsinstansen er den samme, slik at de kommunale tjenestene kan ses i sammenheng.
- Løsningen innebærer færre statlige enheter på regionalt nivå, og vil være en betydelig forenkling både for kommunene som møter én tilsynsinstans uavhengig av fagområde, og for innbyggerne som får felles tilsynsinstans for alle kommuneplikter, enten dette er på barnevernsområdet, helse, sosial, opplæring, miljø eller annet, jf. ovenfor.
- Fylkeslegens særstilling kan sies å svekke samordningen av statens tilsyn med kommunesektoren, og samordningen kan bli ytterligere svekket hvis også tilsynet med omsorgstjenesten legges inn under Helsetilsynet i fylket.

Når det gjelder *Helsetilsynet i fylket* kan det anføres at denne instansen i dag har opparbeidet faglig autoritet og legitimitet i helsetjenesten. Alle ansatte i det tidligere fylkeslegeembetet ble fra 1.1.2003 tilsatt i fylkesmannsembetet. Det kan oppfattes som en faglig svekkelse, både i befolkningen og de faglige miljøene dersom oppgaver som i dag utføres av Helsetilsynet i fylket (fylkeslegen), blir overført til Fylkesmannen, selv om det ikke skjer endringer når det gjelder kompetanse og bemanning på området. Et slikt mulig inntrykk kan imidlertid motvirkes ved en tydeligere og gjennomgående intern organisering ved at det etableres en samlet helse- og omsorgsavdeling under ledelse av fylkeslegen ved alle fylkesmannsembeter. Det kan også anføres at overføring av oppgaver fra Helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen kan føre til at det blir vanskelig å rekruttere tilstrekkelig personell med nødvendig helsefaglig kompetanse.

Den instansen som velges som felles regional tilsynsinstans, må etter departementets syn underlegges faglig instruksjonsmyndighet fra Statens helsetilsyn. Uten denne instruksjonsmyndigheten, og de styringsvirkemidlene som er beskrevet over, vil effektiviteten i styringen av tilsyn med helse- og omsorgstjenestene reduseres. Det er ikke ønskelig å legge opp til styringslinjer via departementet. Departementet mener at den styringen som Statens helsetilsyn i dag har myndighet til må videreføres for å sikre kompetent, effektiv og lik styring av tilsyn.

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, konkluderer ikke departementet når det gjelder hvem som bør være felles regional tilsynsinstans. Høringsinstansene oppfordres spesielt til å uttale seg om dette. Departementet viser også til kapittel 26, der regulering av klageordning er behandlet.

27.7.3 Harmonisering av tilsynet til prinsippene i kommuneloven kapittel 10 A - lovlighetstilsyn mv.

I Meld.S. 7 (2009-2010) om gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene, framgår det at det vil bli fremmet forslag til endringer i tilsynsbestemmelsene med sikte på å harmonisere helse- og sosiallovgivningen med

kommuneloven kapittel 10 A. Det statlige tilsynet med helse- og omsorgstjenesten i kommunene innebærer kontroll med om kommunene overholder kravene i lovgivningen. Tilsynet er dermed basert på det samme prinsippet som er nedfelt i kommuneloven § 60 b, som går ut på at det skal føres "lovlighetstilsyn". En harmonisering her vil derfor ikke innebære endringer i forhold til gjeldende ordning. En vesentlig del av lovlighetstilsynet gjelder å kontrollere at forsvarlighetskravet overholdes, jf. gjeldende bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4 og forslag til § 4-1 i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det presiseres i den nye loven at kommuneloven kapittel 10 A skal gjelde tilsvarende når Helsetilsynet i fylket eller Fylkesmannen fører tilsyn med virksomhet og personell etter loven. En slik henvisning innebærer at Helsetilsynet i fylket eller Fylkesmannen også må forholde seg til kommunelovens regler om innsyn (§ 60 c) og pålegg (60 d) ved gjennomføringen av tilsyn med kommunene.

27.7.4 Særlig om myndighet til å gi pålegg

Etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten er myndighet til å gi pålegg om å rette opp uheldige eller uforsvarlige forhold og myndighet til å gi administrative reaksjoner til helsepersonell, tillagt Statens helsetilsyn. Fylkesmannen er tillagt myndighet til å gi pålegg om å rette opp uheldig eller uforsvarlig virksomhet etter sosialtjenesteloven. Når regelverket nå samordnes bør også regelverket for pålegg bli enhetlig. Av hensyn til brukerne bør all behandling av klage og tilsyn følge samme spor. En mulighet er at adgangen til å gi pålegg på nasjonalt nivå samles hos Statens helsetilsyn. Departementet legger avgjørende vekt på behov for samordning både for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og vertikalt i forhold til spesialisthelsetjenesten. Dette vil sikre et enhetlig nivå på kravene til helse- og omsorgstjenestene nasjonalt.

Det er også et alternativ at Fylkesmannen ilegger pålegg. Kommuneloven § 60 d første ledd gir fylkesmannen myndighet til å gi pålegg til kommunen eller fylkeskommunen om å rette forhold som er i strid med de bestemmelser fylkesmannen fører tilsyn med etter § 60 b. I § 60 b andre til fjerde ledd er det gitt nærmere prosessregler for når kommunen skal gis pålegg. Tilsynsetaten må vurdere de virkninger pålegget kan ha for kommunens eller fylkeskommunens øvrige virksomhet, før pålegget ilegges.

27.7.5 Lovforslag

I forslaget til nye, felles tilsynsregler for helse- og omsorgstjenesten har departementet tatt hensyn til, og utgangspunkt i, de føringene som er gitt for utarbeidelse av nye hjemler for tilsyn rettet mot kommunene i Meld. St. 7 (2009-2010). Det kan tenkes ulike alternativer for lovfesting av en felles tilsynsordning. Departementet har utarbeidet en tilsynsbestemmelse i den kommunale helse- og omsorgsloven som er koplet til definerte kommuneplikter i loven. Forslaget bygger på en risiko- og sårbarhetsanalyse når det gjelder hvilke områder det skal føres statlig tilsyn med. Departementet har lagt vekt på at den nye loven vil være en sentral velferdslov som skal regulere tjenester som skal dekke

grunnleggende behov for helse- og omsorgstjenester. For å tydeliggjøre at tilsyn rettet mot kommunepliktene i den nye loven skal foregå i tråd med hovedprinsippet etter kommuneloven kapittel 10 A, er det presisert at reglene i kommuneloven kapittel 10 A gjelder for Helsetilsynet i fylkets/ Fylkesmannens tilsynsvirksomhet.

Det er også foreslått en egen paragraf som presiserer at lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal gjelde for virksomhet og personell med de presiseringer som følger av den nye loven. Dersom Fylkesmannen velges som regional tilsynsinstans, kan lov om statlig tilsyn med helsetjenesten endres slik at Helsetilsynet i fylket erstattes med Fylkesmannen.

27.8 Økonomiske og administrative konsekvenser

Utvidelse av Fylkesmannens tilsyns- og klagemyndighet på helse- og omsorgsområdet vil ikke medføre behov for organisatoriske endringer eller medføre økonomiske konsekvenser, utover innsparing ved at det ikke lenger blir nødvendig å benytte to ulike typer brevpapir i organisasjonen. Departementet legger videre til grunn at det å utvide Fylkesmannens rolle til også bli tilsynsinstans for spesialisthelsetjenesten, heller ikke vil medføre administrative og økonomiske konsekvenser av særlig betydning. Overføring av tilsyn med omsorgstjenesten fra Fylkesmannen til Helsetilsynet i fylket kan gjøre det nødvendig med organisatoriske endringer i noen av fylkesmannsembetene, men departementet legger til grunn at disse endringene ikke vil medføre behov for økonomisk kompensasjon.

En eventuell overføring av myndighet til å gi pålegg, som etter sosialtjenesteloven ligger hos Fylkesmannen, til Statens helsetilsyn på overordnet nivå, vil ikke ha nevneverdige konsekvenser. Fylkesmennene gir i dag praktisk talt ingen pålegg.

28 Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet

28.1 Gjeldende rett

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-1 skal landets kommuner sørge for nødvendig helsetjeneste for ”alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen”. Videre fastslår lovens § 2-1 at enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun ”bor eller midlertidig oppholder seg”. For den enkelte kommune innebærer dette at den ikke bare har plikt til å yte helsehjelp til sine egne innbyggere, men også til pendlere, feriegjester og midlertidig bosatte skoleelever og studenter. I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven er det presisert at hjelpeapparatet uhindret skal stå til disposisjon for alle, uavhengig av kommunetilhørighet, jf. Ot. prp. nr. 66 (1981-82). Det ble også vist til et tidligere forslag om adgang til å henvise en søker til bosteds- eller oppholdskommunen hvis det ble søkt helsehjelp i annen kommune, jf. Ot. prp. nr. 36 (1980-81), ble ikke opprettholdt. Det ble vurdert en egen gjestepasientordning for feriegjester, skoleelever, fiskere etc., men dette ble ikke ansett som hensiktsmessig eller nødvendig.

Etter sosialtjenesteloven § 10-1 første ledd skal sosialtjenesten yte tjenester til alle som oppholder seg i kommunen. I andre ledd er det gjort unntak fra oppholdsprinsippet for de som oppholder seg i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. For disse skal tjenestene ytes av sosialtjenesten i den kommune som var oppholdskommune forut for inntaket i institusjonen. Etter utskriving skal de sosiale tjenestene ytes av sosialtjenesten i den kommune der vedkommende tar opphold, men utgiftene kan kreves refundert av oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen. I forarbeidene til sosialtjenesteloven er det anført at en regel om at oppholdskommunen skal ha ansvaret for å gi hjelp, er den eneste ansvarsregelen som kan avverge at en hjelpesøker blir kasteball mellom kommuner, jf. Ot.prp nr. 29 (1990-91). Det er også vist til at de refusjonsreglene som gjaldt etter sosialomsorgsloven, medførte mye administrativt arbeid og kunne virke tilfeldig. Unntaket for institusjonsopphold ble begrunnet med at det vil føre til en urimelig økonomisk belastning hvis oppholdskommunen skal ha ansvar for personer som oppholder seg i kommunen på grunn av institusjonen. Adgang til å henvise en hjelpesøker til bostedskommunen, som den gangen gjaldt etter sosialomsorgsloven, ble ansett som uheldig og ikke foreslått videreført.

Dette innebærer at kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven i hovedsak følger det samme oppholdsprinsippet. Unntak gjelder opphold i institusjon, der sosialtjenesteloven legger ansvaret på oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen.

I rundskriv I-43/99 har departementet lagt til grunn at når sterkt pleietrengende ønsker å flytte til en annen kommune, kan den pleietrengende i forkant søke tilflyttingskommunen om pleie- og omsorgstjenester vedkommende vil ha behov for. Tilflyttingskommunen er forpliktet til å behandle søknaden og fatte vedtak. Søknaden kan ikke avslås med den begrunnelse at vedkommende ikke bor eller oppholder seg i kommunen på søknadstidspunktet. Dette rundskrivet ble sendt ut for å sikre at også sterkt pleietrengende skal ha en reell mulighet til å flytte.

28.2 Forslag i NOU 2004-18

Bernt-utvalget foreslo i NOU 2004-18 at oppholdsprinsippet skulle videreføres, slik at kommunen skulle være ansvarlig for å yte tjenester til alle som oppholder seg i kommunen, uavhengig av om vedkommende har bopel eller fast opphold i kommunen. Utvalget foreslo også en ny bestemmelse om at Kongen kan gi regler om ”utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner hvor en tjenestemottaker får tjenester av en annen kommune enn hjemstedskommunen, herunder hva som i denne forbindelse hva som skal regnes som hjemstedskommune for tjenestemottaker”. I merknadene til forslaget ble det presisert at det erstattet refusjonsregelen i sosialtjenesteloven § 10-1 andre ledd, med en fullmakt for Kongen til å gi forskrifter. Det ble også anført at forslaget representerte et avvik fra det alminnelige utgangspunktet om at hver kommune dekker utgiftene til sosial- og helsetjenester i kommunen. Etter utvalgets oppfatning var det behov for et mer fleksibelt og nyansert regelverk, tilpasset de til enhver tid foreliggende finansierings- og tilskuddsordninger.

Helsedirektoratet viste i sin høringsuttalelse til at dagens refusjonsregel i sosialtjenesteloven § 10-1 resulterer i mange tvister som kommunene kan kreve at fylkesmannen skal avgjøre. Direktoratet understreket at nye regler om hvem som skal betale hvis tjenester ytes av en annen kommune enn tjenestemottakerens hjemkommune, forutsettes å resultere i færre saker hvor kommunene ikke kan bli enige. *Andebu kommune* viste til at kommunen er vertskommune for to store institusjoner og uttalte at "Dersom unntaksbestemmelsene opphører eller vertkommunene ikke er sikret full økonomisk kompensasjon, så vil det økonomiske ansvaret for Andebu bli uoverkommelig." Også enkelte andre kommuner (vertskommuner) og fylkesmannen i Troms savnet eller ønsket mer detaljerte regler om kommunens refusjonsansvar.

28.3 Departementets vurderinger og forslag

28.3.1 Innledning

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har vært utsatt for en betydelig utvikling de siste årene. Dette medfører at oppholdsprinsippet får mer vidtrekkende konsekvenser for kommunene. I tillegg har den generelle velstandsutviklingen medført økt mobilitet i befolkningen og økt fritid for den enkelte. Mange reiser mer og bruker mer tid borte fra hjemmet, samtidig som det stilles økt krav til meningsfull fritid og offentlig bistand utenfor hjemmet. Det blir etter dette et spørsmål om oppholdsprinsippet fortsatt skal legges til grunn innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og om det fins løsninger som kan avhjelpe situasjonen for ferie- og hyttekommuner m.m.

28.3.2 Alternative løsninger

Et alternativ til oppholdsprinsippet er å legge et *bostedsprinsipp* til grunn. Dette vil innebære at kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester begrenses til innbyggere som har fast bosted eller fast opphold i kommunen. Et slikt prinsipp vil det for den enkelte kommune være enkelt å forholde seg til og planlegge ut fra. Inntektssystemet for kommunene er også tilpasset en slik ordning. Løsningen vil imidlertid medføre et mindre fleksibelt tjenestetilbud og passe dårlig inn i den mobilitet som i dag preger samfunnet. I tillegg bør en slik løsning kombineres med en adgang for oppholdskommunene til å henvise til bostedskommunen. Dette vil bli administrativt krevende og vanskelig å praktisere. Departementet viser her til vurderingene som ble gjort i forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, jf. ovenfor under gjeldende rett. Departementet slutter seg til at det er nødvendig å ha en ordning som tilgodeser den enkelte hjelpetrengendes behov for å søke hjelp der dette synes mest hensiktsmessig og unngå at pasientene og brukerne blir kasteballer mellom kommuner.

En annen mulighet er å bygge på et *kombinert oppholds- og bostedsprinsipp,* slik at oppholdsprinsippet skal gjelde for øyeblikkelig hjelp tilfeller, mens bostedsprinsippet skal gjelde for mer planlagte helse- og omsorgstjenester. Dette kan eventuelt avgrenses til å gjelde hjemmebaserte tjenester og kan avhjelpe utfordringene med de mest kostnads-krevende tjenestene som hytte- og feriekommunene er ansvarlig for. Et slikt prinsipp vil

imidlertid reise vanskelige spørsmål i forhold til hjelpetrengende som ønsker å feriere eller besøke familie i en annen kommune. Det kan medføre en betydelig utgiftsøkning for bostedskommunen hvis ansvaret for å gi hjelp skal ligge hos denne kommunen, med plikt til å legge forholdene til rette for slike reiser. Hvis pasienten eller brukeren helt eller delvis må betale dette selv, vil dette oppfattes som en innskrenkning av dagens rettigheter.

For å avhjelpe utfordringene for ferie- og hyttekommunene kan det også innføres en *gjestepasientordning*. Dette har vært vurdert ved flere anledninger tidligere, men har alltid blitt avvist fordi dette vil være en krevende og kostbar ordning for kommunene. En vesentlig ulempe ved gjestepasientordninger er også at tjenesteyter og finansieringsansvarlig ikke er samme juridiske person. Ordningen må derfor forutsette at bostedskommunen og vertskommunen er enige om innholdet i hjelpen som skal gis. Et annet spørsmål som melder seg, er i hvilken utstrekning den enkelte skal ha rett til å ta med seg sine tjenester ved reiser rundt i landet. Dette kan raskt bli en kostnadskrevende ordning for det offentlige.

Et offentlig utvalg (Borge-utvalget) ble i 2003 oppnevnt for å gjennomgå og evaluere *inntektssystemet* for kommunal sektor. Utvalget skulle bl.a. vurdere utforming av kompensasjon for kommunale utgifter knyttet til personer som ikke er folkeregistrert i kommunen og avga sin innstilling i 2005, jf. NOU 2005:18 Fordeling, forenkling, forbedring. Vurderingen fra utvalget når det gjaldt "hyttekommuner og turistkommuner", var at turistvirksomhet og fritidsboliger i stor grad må betraktes som en del av de aktuelle kommunenes næringsgrunnlag, og at turister og hyttebeboere vil medføre økte inntekter for kommunene. På denne bakgrunn fant utvalget det vanskelig å anbefale en generell kompensasjon for hytte- og turistkommuner. Utvalget viste også til at pleie- og omsorgstjenester som ytes til hytteeierne, vanskelig kan finansieres av hytteeierne selv og anbefalte derfor at det i større grad blir anledning til å sende refusjonskrav til bostedskommunen for denne type utgifter. Det ble anført at hyttekommunenes utgiftsøkning i de fleste tilfeller vil motsvares av en tilsvarende utgiftsreduksjon for bostedskommunen, men at dette forutsetter at hyttekommunen og bostedskommunen er enig om hvilket innhold tjenesten skal ha.

Kommunal- og regionaldepartementet har i *"Retningslinjer for skjønnstildelingen 2010"* redegjort for hvilke forhold som fylkesmennene bør vektlegge ved tildelingen av skjønnsmidler. Her er det anført at Fylkesmannen i sin fordeling av skjønnsmidler til kommunene bør ta hensyn til kommuner som har forholdsvis høye kostnader knyttet til mange fritidsboliger.

Etter en helhetsvurdering finner departementet at hensynet til en lett tilgjengelig helse- og omsorgstjeneste i kommunene tilsier at lovverket fortsatt bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel. Departementet viser imidlertid til forslaget fra Bernt-utvalget om at Kongen kan gi regler om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der tjenestemottaker får tjenester av en annen kommune enn hjemstedskommunen. Departementet er enig i at det kan være behov for et mer fleksibelt og nyansert regelverk tilpasset de til enhver tid foreliggende finansierings- og tilskuddsordninger. På denne bakgrunn foreslår departementet at dagens regler om at kommunen skal ha ansvaret for alle som bor eller

oppholder seg i kommunen videreføres, men at det gis en fullmakt for departementet til å gi nærmere forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt eller har fast oppholdssted.

28.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget innebærer en videreføring av hovedregelen om at den kommunen der pasienten eller brukeren bor eller midlertidig oppholder seg, skal være ansvarlig for å dekke utgiftene til tjenester og tiltak kommunen er ansvarlig for å yte. Reglene i sosialtjenesteloven § 10 andre ledd om at oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet og adgang til å kreve refusjon fra oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen, videreføres ikke. Den forskjellen vi i dag har for tjenester regulert i kommunehelsetjenesteloven og tjenester regulert i sosialtjenesteloven blir dermed ikke videreført. Forslaget innebærer at en lovregulert adgang til å kreve refusjon bortfaller, men at det kan gis nærmere regler om dette i forskrift. Hensikten med å foreslå en forskriftshjemmel er å gi en mulighet til å videreføre gjeldende ordning. Departementet legger til grunn at lovforslaget ikke medfører økonomiske eller administrative konsekvenser. Før det eventuelt fremmes forslag til forskrift om videreføring av gjeldende adgang til å kreve refusjon, må økonomiske og administrative konsekvenser utredes nærmere. Et slikt forslag må også på vanlig måte sendes på høring.

29 Finansiering og egenbetaling

29.1 Gjeldende rett

29.1.1 Kommunens ansvar for utgifter til helse- og sosialtjenesten

De kommunale helse- og sosialtjenestene finansieres i dag i hovedsak gjennom statlige rammetilskudd som fordeles gjennom inntektssystemet. I tillegg finansieres en andel av utgiftene gjennom folketrygden og brukerbetaling.

Kommunehelsetjenesteloven har regler om finansiering av helsetjenester i kapittel 5. Kommunen skal dekke utgiftene for den helsetjenesten den har ansvaret for, jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-1. Det vil si at kommunen både skal dekke utgifter til den helsetjenesten som kommunen selv yter med egne ansatte, og den helsetjenesten som private yter etter avtale med kommunen.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 2-3 første ledd at egenbetaling for helsetjenester skal betales av mottakeren av tjenesten, dersom dette følger av lov eller forskrift. For lege-, fysioterapi- og jordmortjenester kan kommunen kreve egenbetaling. Folketrygden dekker imidlertid en betydelig del av denne egenbetaling ved å refundere pasienters utlegg eller ved direkte overføringer til behandleren, jf. folketrygdloven kapittel 5 og 22.

I § 2-3 annet ledd fremgår det at for opphold i sykehjem og boform med heldøgns pleie, kan kommunen kreve vederlag av pasienten. Gjennom forskrift av 26. april 1995 er det gitt nærmere bestemmelser om beregningen av dette vederlaget. Med hjemmel i § 2-3 femte ledd, er det gitt forskrifter om egenbetaling.

Kommunens økonomiske ansvar for sosialtjenesten er hjemlet i sosialtjenesteloven § 11-1. Det fremgår av bestemmelsen at den enkelte kommune skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte de tjenester og sette i verk de tiltak som kommunen har ansvaret for etter loven.

I sosialtjenesteloven kapittel 11 reguleres finansiering og egenbetaling. Det fremgår av sosialtjenesteloven § 11-2 første ledd at kommunen kan pålegge den som mottar tjenester, å dekke kostnadene helt eller delvis. Det følger likevel av tredje ledd at slik egenbetaling kun kan kreves innefor rammen av vedkommendes inntekter, og slik at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger. I annet ledd fremgår det at Kongen kan gi nærmere forskrift om slik egenbetaling.

29.1.2 Finansiering av, og egenbetaling for, pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Adgangen til å kreve betaling for tjenester utenfor institusjon er regulert i kapittel 8 i forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til sosialtjenesteloven. Det følger av § 8-1 at kommunen kan kreve vederlag for de sosialtjenester som kommune er lovpålagt å yte, dersom ikke annet følger av lov og forskrift. I § 8-2 reguleres hvilke tjenester kommunen ikke kan kreve vederlag for:

- hjemmesykepleie etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3
- praktisk bistand og opplæring etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a til personlig stell og omsorg
- avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav b
- støttekontakt som tildeles personer eller familier som nevnt i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav c
- omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav e

Tjenestene det kan kreves egenbetaling for, er typiske hjemmehjelps- og husmorvikartjenester, som for eksempel rengjøring, klesvask, matlaging og annet praktisk arbeid i forbindelse med husholdningen. I forskriften § 8-4 annet ledd er det gitt skjermingsregler for slike tjenester ved at husstander med samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag under 2 G ikke skal betale mer enn 160 kroner i måneden for disse tjenestene (pr. 1.oktober 2010). Folketrygdens grunnbeløp er fra 1.5.2010 kr 75 641.

For personer med inntekt over 2 G følger det av § 8-3 første ledd at det er kommunen som fastsetter nivået for egenbetaling. Det følger likevel av annet ledd at vederlaget ikke må overstige kommunens egne utgifter til tjenesten (selvkost). Vederlaget kan ikke settes

høyere enn at vedkommende kan dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger.

Gjennom folketrygden delfinansierer staten legetjenester og fysioterapitjenester, viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr, samt visse hjelpemidler for brukere utenfor institusjon.

Dette betyr at egenbetalingsordningene innen pleie- og omsorgssektoren utenfor institusjon etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er harmonisert.

29.1.3 Finansiering av, og egenbetaling for, pleie- og omsorgstjenester i institusjon

For tjenestemottakere i institusjon, dekker kommunen utgifter til kost, losji, samt gjennomføringen av kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunen har ansvar for å dekke utgiftene til legetjenester, legemidler, sykepleiemateriell og visse hjelpemidler for brukere som oppholder seg i institusjon.

Adgangen til å kreve egenbetaling av brukeren er regulert i forskrift 26. april 1995 nr. 392 om vederlag for opphold i institusjon mv, som er gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 2-3 og sosialtjenesteloven § 11-2. Forskriften omfatter sykehjem, aldershjem og bolig med heldøgns omsorgstjenester.

Forskriften sondrer mellom langtids- og korttidsopphold. Beboere med langtidsopphold betaler for et samlet bo- og tjenestetilbud uten hensyn til omfanget av de tjenester som ytes. Vederlaget skal omfatte kost, losji, nødvendig tannbehandling, medisiner mv, samt helsetjenester kommunen er pålagt etter kommunehelsetjenesteloven, jf. forskriften § 7. Vederlaget beregnes ut fra brukerens inntekt. Det følger av § 3 annet ledd at det av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et fribeløp på kr 6400, kan kreves betalt inntil 75 %. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 %. Betalingen skal begrenses slik at enhver har i behold til eget bruk minst 25 % av folketrygdens grunnbeløp i tillegg til fordelen av fribeløpet. Vederlaget skal ikke overstige de reelle boutgifter, jf. forskriften § 4 første ledd. For å gi brukeren og pårørende tid til å tilpasse seg den nye økonomiske situasjonen og de økonomiske forpliktelsene, kan krav om vederlag først gjøres gjeldende etter én måned fra innflyttingsdato, jf. forskriften § 6 første ledd.

Det følger av § 4 at kommunen kan ta betaling med inntil kr 125 pr. døgn for korttidsopphold, og med inntil kr 66 for det enkelte dag- eller nattopphold. Kommunen har adgang til å ta betaling fra første dag, jf. § 6 annet ledd.

Dette betyr at egenbetalingsordningen innenfor pleie- og omsorgssektoren i institusjon etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er harmonisert.

29.1.4 Folketrygdens finansiering av, og egenandeler for, kommunale helsetjenester

Enkelte helsetjenester som omfattes av kommunens lovpålagte ansvar etter kommune-helsetjenesteloven § 1-3, delfinansieres av folketrygden etter bestemmelsene i folketrygdlovens kapittel 5. Dette gjelder fastlegeordningen, kommunal legevaktordning, fysioterapitjenester og jordmortjenester, jf. folketrygdloven §§ 5-4, 5-8, 5-12 og 5-21.

Finansieringen skjer i form av refusjon av pasientens utgifter til undersøkelse/behandling som normalt går direkte til behandleren eller som statlige øremerkede tilskudd utenfor rammeoverføringene til kommunene (for eksempel fastlønnstilskudd til fysioterapitjenesten). Private tjenesteutøvere må ha fastlegeavtale eller avtale om driftstilskudd med kommunen for å få refusjon fra folketrygden, jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-1 og folketrygdloven §§ 5-4, 5-8 og 5-12.

I forskrifter til folketrygdloven §§ 5-4, 5-8 og 5-12 er det gitt en detaljert og uttømmende regulering av hvilket beløp leger, fysioterapeuter og jordmødre kan kreve av pasienten, herunder hvilke egenandeler som kan kreves for den aktuelle undersøkelsen eller behandlingen. De fleste behandlere har inngått avtaler om direkte oppgjør med Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), og for den delen av beløpet som folketrygden refunderer (honorartakst fratrukket egenandel) kommer pengene direkte fra HELFO til behandleren. Pasienten behøver følgelig ikke å legge ut for senere å få beløpet refundert. Enkelte pasienter er fritatt fra å betale egenandeler hos lege og fysioterapeut, slik at behandleren mottar hele beløpet (honorartakst) fra folketrygden. Blant annet er barn under 16 år, personer som lider av allmennfarlige smittsomme sykdommer og gravide fritatt fra å betale egenandeler hos legen. Hos fysioterapeut er barn under 12 år og personer med lidelser på "diagnoselisten"[14] fritatt fra å betale egenandeler. Egenandeler som betales inngår i opptjeningen til frikort, jf. folketrygdlovens § 5-3. Stortinget fastsetter i statsbudsjettet det samlede nivået for egenandeler som pasienten skal betale i løpet av et kalenderår (egenandelstak 1 og 2). Dersom pasienten har betalt egenandeler opp til ett av utgiftstakene, er vedkommende fritatt for betaling av egenandeler i resten av kalenderåret og mottar et frikort som bevis på dette. Fra og med 1. juni 2010 blir frikort under egenandelstak 1 automatisk utstedt av HELFO når brukeren når taket.

Det er kun legehjelp og fysioterapi som er kommunale tjenester under takordningene. De fleste andre tjenestene ligger til spesialisthelsetjenesten.

Følgende helsetjenester omfattes av egenandelstak 1:

- legehjelp
- psykologhjelp
- viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr
- reiseutgifter, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 4
- radiologisk undersøkelse og behandling
- laboratorieprøver
- helsehjelp som utføres poliklinisk

Følgende helsetjenester omfattes av tak 2:

- tannlegehjelp
- fysioterapi

[14] I forskriften til folketrygdloven § 5-8 er det i kapittel II listet opp 36 ulike sykdomsgrupper med tilhørende undergrupper, som alle kvalifiserer for dekning av utgifter til fysikalsk behandling uten egenandel

– opphold ved opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt helseforetak
– behandlingsreiser til utlandet (klimareiser)

For 2010 er egenandelstaket henholdsvis kr 1840 for tak 1 og kr 2560 for tak 2.

Med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 2-3 er det gitt forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste. Av § 1 første ledd i forskriften fremgår det at den som har rett til medisinsk stønad etter lov om folketrygd skal betale vederlag for hjelp mottatt av lege eller fysioterapeut ansatt i kommunenes helsetjeneste. Av annet ledd fremgår det at vederlaget svarer til forskjellen mellom den honorarsats som til enhver tid gjelder mellom staten og Den norske legeforening, respektive Norsk fysioterapiforbund, og folketrygdens refusjonssats. Med andre ord kan leger eller fysioterapeuter ansatt i kommunen kreve egenandeler på lik linje med fastleger og fysioterapeuter med driftsavtale. I tillegg kan leger ansatt i kommunen kreve refusjonstakster i medhold av fremforhandlede takster. Egenandeler tilfaller kommunen.

29.2 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

29.2.1 St. meld nr. 45 (2002-2003) "Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene"

I meldingen blir det påpekt at gjeldende finansieringsordninger er kompliserte og lite samkjørte, og at de har utilsiktede vridningseffekter som kan føre til samfunnsøkonomisk uheldig ressursbruk. Både kommunene og brukerne har insentiv til å tilpasse seg uten hensyn til om det gir en samfunnsmessig god effekt. Det ble uttalt at to parallelle, men svært ulike, system for finansiering og brukerbetaling i og utenfor institusjon er problematisk. Systemene er dessuten lite tilpasset tjenesteutviklingen i kommunene de siste årene.

I det videre arbeidet med egenbetalingsordningene ville man legge vekt på at ordningen må:

– gi brukerne større valgfrihet og medvirkning
– være enkel å forstå for brukere og pårørende, og enkel å administrere for kommunene
– sikre at brukerne som tar imot de samme tjenestene, ikke skal måtte betale svært ulike beløp fordi de tar imot tjenestene i ulike boformer
– legge til rette for utvikling og dimensjonering av tjenestene ut fra behovet blant folk og hva som er samfunnsøkonomisk optimale løsninger

Meldingen la til grunn at det var behov for å sende forslag til endringer på høring.

29.2.2 Høringsnotat 2004 "Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester"

Høringsnotatet diskuterer hvorvidt dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger er tilpasset utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten. I høringsnotatet skisseres mulige alternativer til det todelte systemet. Av hensynet til kompleksiteten i mange av problemstillingene, foreslo ikke departementet en konkret løsning i høringsnotatet. Våren

2005 ble det besluttet ikke å foreslå en likestilling av finansieringen i sykehjem og omsorgsboliger.

29.2.3 NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten

Etter utvalgets oppfatning er det svært viktig at både lover, forskrifter og finansieringsordninger er mest mulig arenanøytrale, og at kontrollen med tjenestetilbudenes kvalitet rettes mot den konkrete faglige forsvarlighet for til den enkelte tjenestemottaker.

Variasjonen i finansieringsformer medfører at det i enkelte tilfeller kan være tilfeldig om kommunen skal dekke utgiftene innenfor de generelle tilskuddene, eller om det skal dekkes av særlige tilskudd som statlig bostøtte eller refusjoner fra folketrygden. For eksempel vil finansieringsansvaret for tjenestene variere med boform.

Ifølge utvalget kan finansieringsordningene føre til uheldige vridninger i kommunens planlegging ved at de velger det som er økonomisk mest lønnsomt framfor å vektlegge den enkelte tjenestemottakers behov. Utvalget mener derfor at det er viktig at finansieringsordninger ikke medfører utilsiktede kommunale løsninger.

Utvalget uttaler at også regelverket vedrørende egenbetaling kan medføre at kommunene velger å tilby tjenester ut fra økonomi og ikke ut fra behov. Kommunen og tjenestemottakeren vil som en konsekvens av dette kunne få motstridende interesser når det gjelder valget mellom for eksempel omsorgsbolig og institusjon, avhengig av hvilken inntekt vedkommende har. Dette innebærer ifølge utvalget at både kommunen og tjenestemottaker kan gjøre valg og prioriteringer avhengig av hva som er mest lønnsomt, snarere enn hva som er det beste tiltaket for å møte behovet.

29.2.4 St. meld. nr 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer"

I meldingen uttaler Regjeringen ønske om at omsorgstjenestene også i framtiden skal være forankret i kommunene, med stor nærhet til brukerne, og med mulighet til å utforme tjenestetilbudet ut fra lokale forhold. Finansieringsordningen må stimulere til forebyggende tiltak, gi insentiver til å styrke det tette samspillet med familie og pårørende, og se tjenestetilbudet i nær sammenheng med utviklingen av et levende lokalsamfunn. Etter Regjeringens vurdering vil dette best sikres ved at man også i fremtiden i hovedsak baserer seg på rammefinansiering.

Når det gjelder brukerbetaling, viser meldingen til at Sosialdepartementet i 2004 sendte en sak på høring for å innhente berørte parters vurderinger av hvordan likere betaling kan oppnås. Et flertall av kommuner og statlige etater uttalte i høringen at de ønsket endringer i dagens ordninger, samtidig som mange var bekymret for økte administrative oppgaver for kommunen knyttet til å endre dagens ordninger. På den annen side gikk ansattes og brukernes organisasjoner i hovedsak mot å gjøre endringer.

Samlet sett fant Regjeringen at ulempene ved dagens ordninger ikke forsvarer å gjennomføre en omfattende reform. Regjeringen la særlig vekt på at brukerne ikke skulle komme svekket ut etter en omlegging. Dette tilsa at dagens ordninger inntil videre burde

opprettholdes. Regjeringen varslet imidlertid i meldingen at den ville følge utviklingen i kommunene og løpende vurdere behovet for tiltak.

29.3 Departementets vurderinger og forslag

29.3.1 Kommunens ansvar for utgifter til helse- og omsorgstjenestene

Det er departementets oppfatning at det er naturlig at kommunen er ansvarlig for utgifter til de helse- og omsorgstjenester den er forpliktet til å yte og at dette ansvaret lovfestes, jf. lovforslaget § 11-1. Videre foreslår departementet å videreføre bestemmelsen om at staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Departementet vil dermed i all hovedsak videreføre bestemmelsene i kapittel 5 i dagens kommunehelsetjenestelov og kapittel 11 i dagens sosialtjenestelov i ny helse- og omsorgslov.

29.3.2 Egenbetaling

Brukerne av helse- og omsorgstjenester betaler egenbetaling etter ulike forskrifter, avhengig av om de mottar tjenester i eller utenfor institusjon. Dersom man skal fjerne skillet mellom tjenester i og utenfor institusjon, innbærer det også at reglene om egenbetaling må endres. Departementet legger ikke nå frem forslag til endringer her.

I NOU 2004: 18 foreslo utvalget at egenbetaling i lovutkastet skulle gjelde både helse- og sosialtjenester. Spørsmålet er om bestemmelsen bør inkludere egenandeler for helsetjenester som delfinansieres gjennom folketrygden. Etter departementets vurdering vil en felles forskrift om egenandeler for alle helse- og sosialtjenester bli uforholdsmessig omfattende og uoversiktlig for tjenestemottakere og andre brukere av regelverket. Det vises særlig til at forskriftene til folketrygdloven kapittel 5 er relativt omfattende, har en høy detaljeringsgrad og vanskelig lar seg forenkle i særlig grad uten at det foretas materielle endringer. Departementet foreslår derfor å opprettholde dagens forskriftsstruktur for finansiering og egenbetaling etter folketrygdloven. Det innebærer at en harmonisert felles forskrift kun vil erstatte dagens forskrifter som er gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 2-3 og sosialtjenesteloven § 11-2.

Egenandelene er en viktig finansieringskilde for kommunene. Vederlag for institusjonsopphold utgjør for kommunesektoren en inntekt på i underkant av 5 milliarder kroner, og er således en viktig finansieringskilde for disse tjenestene. Samtidig kan egenandelene utgjøre et betydelig inngrep i den enkelte brukers inntekt. Det er derfor en utfordring å utforme et system knyttet til egenandeler som både sikrer kommunene et nødvendig finansieringsgrunnlag og som samtidig ivaretar hensynet til en sosial profil.

Dagens forskrift knyttet til vederlag for opphold i institusjon har vært utsatt for kritikk. Det anføres at regelverket er lite tilgjengelig for brukerne og at det er vanskelig å praktisere for kommunene. En annen innvending mot forskriften er at adgangen for kommunen til å foreta etteroppgjør på basis av skatteoppgjøret ofte medfører at beboeren eller dennes pårørende kan få et etterbetalingskrav relativt lang tid etter oppholdet det

søkes betaling for. Departementet har derfor igangsatt et arbeid med sikte på å forenkle dette regelverket.

Departementet vil ikke i tilknytning til dette høringsnotatet legge frem forslag til nye egenbetalingsregler. Departementet finner det mest hensiktsmessig å foreslå en generell hjemmel for egenandeler i loven, kombinert med en egen forskriftshjemmel for nærmere utfylling av regelverket.

Bernt-utvalget foreslo å videreføre dagens system i sosialtjenesteloven § 11-2, hvor myndigheten til å gi forskrifter om egenbetaling er lagt til Kongen. Til sammenligning er myndigheten til å fastsette forskrifter om egenbetaling for helsetjenester i kommunehelsetjenesteloven § 2-3 og folketrygdloven §§ 5-4, 5-8 og 5-12, lagt direkte til departementet. Departementet anser det som lite hensiktsmessig å legge myndigheten på dette området til Kongen, og foreslår derfor at myndigheten til å gi forskrift om egenbetaling for helse- og omsorgstjenester legges til departementet.

Departementet vil foreslå å videreføre forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste som omtalt under punkt 29.1.4. Dette for at egenbetalingsreglene skal være like uavhengig av om man oppsøker en lege/fysioterapeut ansatt i kommunen eller en lege/fysioterapeut med driftsavtale.

For omtale av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vises det til kapittel 30. I kapittel 31 omtales finansieringsansvaret for utskrivningsklare pasienter.

30 Kommunal medfinansiering

30.1 Innledning

Den kommunale helse- og omsorgssektoren finansieres i dag i hovedsak gjennom frie inntekter, dvs. skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten. Videre kommer enkelte øremerkede tilskudd, bidrag fra folketrygden og brukerbetaling. Rammefinansiering legger til rette for at den enkelte kommune ut fra lokale behov selv kan prioritere ressursbruk mellom ulike tjenesteområder.

Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Kommunal medfinansiering skal gi et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og sykehus til å samarbeide. Nedenfor vurderes behovet for en forskriftshjemmel for kommunal medfinansiering.

30.2 Gjeldende rett

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-1, jf. § 1-3, at kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Av § 5-1 første ledd fremgår det at kommunen skal dekke utgiftene for den helsetjeneste som den har ansvaret for. Videre følger det av § 5-2 at staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner.

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 fremgår det at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Av § 2-1a følger det at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i eller utenfor institusjon.

Utgangspunktet i dagens lovgivning er altså at kommunen er økonomisk ansvarlig for de tjenester de er forpliktet til å yte etter kommunehelsetjenesteloven, og de regionale helseforetakene er økonomisk ansvarlig for de tjenester helseforetakene er forpliktet til å yte etter spesialisthelsetjenesteloven.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 femte ledd at departementet kan gi forskrift om at kommunene på nærmere fastsatte vilkår skal dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg på sykehus eid av foretak etter lov 15. juni nr. 93 om helseforetak m.m. i påvente av et kommunalt tilbud. Med hjemmel i bestemmelsen er det fastsatt forskrift 16. desember 1998 nr. 1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. For nærmere omtale av forskriften, se kapittel 32.2.1. Utover denne forskriften finnes det ingen lov eller forskriftsbestemmelser som gir kommunene plikt til å finansiere spesialisthelsetjenesten.

30.3 Forslag i St. meld. nr. 47 "Samhandlingsreformen"

I samhandlingsmeldingen blir det uttalt at et sentralt element i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Det blir vist til at dagens finansieringssystem ikke på en tilstrekkelig god måte understøtter en god arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, tilrettelegger for at forvaltningsnivåene og tjenestestedene forankrer sine tiltak i helhetlige pasientforløp, eller at det mer generelt inspireres til å finne de gode praktiske innretningene og samarbeidsordninger.

Meldingen tar til orde for å innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Det vurderes tre ulike innretninger av modellen. En generell medfinansiering for alle diagnoser og aldre, en avgrensning knyttet til diagnose, og en aldersbasert avgrensning.

Det blir fremhevet at økt økonomisk ansvar kan bevisstgjøre kommunene på systemnivå om kostnadene ved helsetjenesten generelt, og spesialisthelsetjenesten generelt. En medfinansiering skal være et insentiv til å organisere og tilrettelegge tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON) og kartlegge det totale omfanget av helsetjenester. Kommunene har også tilgang til virkemidler som kan påvirke atferd på andre sektorer enn helsesektoren. Modellen vil kunne gi ønskede prioriteringsvridninger, ved at kommunene ser kostnader forbundet med forebygging, behandling, rehabilitering og velferdstap i sammenheng.

I meldingen blir det uttalt at avveining og tilpasning mellom følgende forhold stå sentralt i det nærmere arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten:

– *Insitamenteffekter*. Innretningen på finansiering skal inspirere kommunene til å vurdere egen helseinnsats i et helhetlig faglig og samfunnsøkonomisk perspektiv.

– *Risikovirkninger for kommunene*. Kommunene skal samlet eller enkeltvis ikke utsettes for uakseptabel risiko. Dette innebærer at den økonomiske risikoen ved ordningene ikke må tillates å gi utslag som kan gi urimelige og ukontrollerte utslag for kommunenes økonomi.
– *Effekter også for pasientenes* behov for gode og sikre spesialisthelsetjenester. Et opplegg med kommunal medfinansiering skal ikke endre dagens praksis hvor de ulike helsefaglige aktørene, som fastlege, legevakt og fagpersonell i tilknytning til sykehjem, bestemmer når det er aktuelt å henvise til sykehus eller andre spesialisthelsetjenester. Kommunene vil likevel gjennom bedre tilrettelegging og understøttelse av de faglige aktørene kunne bidra til at den samlede helsetjenesten blir bedre og at det blir en riktigere bruk av sykehusenes tjenester.

Det blir vektlagt i meldingen at kommunal medfinansiering forutsetter at kommunene får tilgang på relevant styringsinformasjon, slik at de har et grunnlag for å vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring. Dette vil være oppdaterte data på aktuelle pasientgrupper, oppholdstype (innleggelse, dagbehandling, poliklinikk), gjennomsnittlig liggetid, alderssammensetning og utskrivningsklare pasienter mv.

Det uttales i meldingen at departementet vil arbeide videre med den konkrete innretningen på ordningen, herunder størrelsen på medfinansieringsandelen, eventuelle risikoreduserende tiltak, modell for håndtering av pengestrømmer mellom kommuner og regionale helseforetak og modell for beregning av kommende års overføringer til kommunene. Et sentralt spørsmål vil også være hvordan kommunene i framtidige år skal kompenseres for en ventet aktivitetsvekst i sykehusene.

Før endelig løsning velges, vil det bli gjennomført høringsrunde med berørte instanser som vil inngå i grunnlaget for det endelige valget av fremtidig finansieringssystem. Det tas sikte på at ordningen iverksettes fra 2012, men med utgangspunkt i det innfasingsopplegg som velges.

30.4 Innst. 212 S (2009-2010) fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, uttaler at de er enig i at kommunene bør ha insentiv til å holde oversikt over og dempe presset på innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenesten. At kommunene satser på forebygging og tidlig intervensjon vil understøtte målet om mer sammenhengende pasientforløp og kostnadseffektive løsninger. En nødvendig forutsetning for dette mener flertallet, er at det raskt etableres gode informasjons- og styringssystemer som legger til rette for kommunal planlegging og prioritering.

Flertallet viser til at høringsinstansene er kritiske til en ordning med generell kommunal medfinansiering slik dette er beskrevet i stortingsmeldingen. Flertallet merker seg at meldingen legger opp til videre utredning og høring med berørte instanser, og at Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med konkret forslag til løsning.

Komiteen mener det er viktig at Regjeringen i det videre arbeidet med gjennomføringen av samhandlingsreformen kvalitetssikrer mulige modeller grundig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at en av flere mulige måter å kvalitetssikre slike modeller på, er forsøksordninger i hver av helseregionene.

I innstillingen uttaler komiteen at den mener det er viktig at gode informasjons- og styringssystemer for kommunenes bruk av spesialisthelsetjeneste uansett bør innføres før valg av endelig løsning. Videre mener komiteen at det er viktig at økonomiske insentiver innrettes slik at de reduserer og tar hensyn til den enkelte kommunes økonomiske risiko.

Komiteen viser at meldingen legger opp til at det skal fremmes et lovforslag for Stortinget som ivaretar det nødvendige behov for lovhjemler i det videre arbeidet med samhandlingsreformen, herunder arbeidet med økonomiske insentiver.

30.5 Departementets vurderinger og forslag

30.5.1 Ulike finansieringsmodeller

Kommunal medfinansiering skal gi et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innsats kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og helseforetak til å samarbeide. De medfinansieringsmodeller som vurderes, vil ikke alene sette kommunene i stand til å fullfinansiere alternative kommunale tilbud. Nye tilbud må derfor sees i sammenheng med øvrige virkemidler og økonomiske rammebetingelser. Kommunal medfinansiering må innrettes på en måte som sikrer reell likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

I St. meld. nr. 47 (2009-2010) er det i tillegg til en generell medfinansieringsmodell presentert to mulige avgrensete modeller; avgrensning etter alder og avgrensning etter diagnose. I meldingen er en generell modell som omfatter all spesialisthelsetjeneste anslått til om lag 13 mrd. 2009-kroner. Av dette utgjør somatikk til om lag 10 mrd. kroner og psykisk helsevern, rusbehandling og opphold i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner 3 mrd. kroner.

Analyser viser at omfanget av det kommunale tilbudet av legetjenester og pleie- og omsorgstjenester påvirker bruken av spesialisthelsetjenester -i hovedsak knyttet til innleggelser av eldre pasienter på medisinske avdelinger. Det er også funnet klar sammenheng mellom de kommunale sykestuene i Finnmark og innleggelser i medisinske avdelinger på sykehus. Om lag halvparten av pasientene på sykehusene er under 70 år, en fjerdedel over 80 år og en fjerdedel under 50 år. Sykestuer reduserer forbruket av sykehustjenester. Erfaringer med de kommunale sykestuene tilsier at selv små kommuner kan påvirke sykehusforbruket.

Kirurgisk behandling utgjør en stor del av virksomheten i spesialisthelsetjenesten. Dette er aktivitet som kommunale tilbud i mindre grad kan påvirke enn medisinsk behandling. I tillegg er DRG-indeksen, som er et mål på gjennomsnittlig pasienttyngde, eller ressursforbruk, over dobbelt så høy for kirurgiske innleggelser enn for medisinske innleggelser. Behovet for behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten kan påvirkes på kommunalt nivå, både gjennom det universelle

folkehelsearbeidet og gjennom tidlig intervensjon overfor risikogrupper. Dette vil omfatte innsats både i primærhelsetjenesten og i andre deler av det kommunale tjenesteapparatet. En betydelig gruppe pasienter har samtidig rus- og psykisk helseproblemer, noe som tilsier at man ikke bør ha ulike finansieringsordninger for disse to områdene. St. meld. 47 (samhandlingsreformen) peker på behovet for å klargjøre hva som bør være henholdsvis kommunenes og spesialisthelsetjenestens rolle på rehabiliteringsfeltet. Oppbygging av etterbehandlingstilbud, spesielt knyttet til lokalmedisinske sentre, vil få konsekvenser for tilbudet i spesialisthelsetjenesten, inkludert det som i dag gis av de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene. Helsedirektoratet har anslått at 50 % av pasientene i disse institusjonene burde fått et tilbud i kommunehelsetjenesten. Rehabiliteringsfeltet er derfor et område der kommunene vil kunne påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester i betydelig grad og hvor kommunal medfinansiering vil kunne være et viktig insentiv for å understøtte oppbygging av kommunale tilbud.

På bakgrunn av dette legges hovedfokus i arbeidet på en avgrenset kommunal medfinansiering og følgende avgrensede modeller:

- Aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år
- Medisinske innleggelser/behandlinger

I tillegg vil departementet vurdere å innføre kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling basert på kurdøgn og opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner. Rehabilitering på sykehus er inkludert i modellene for kommunal medfinansiering innenfor somatikk.

Den kommunale medfinansieringsandelen er ved en alderspesifikk modell (somatikk) knyttet til pasienter over 80 år, anslått til om lag 1,5 mrd. kroner. En modell avgrenset til medisinske innleggelser/behandlinger er anslått til 3,6 mrd. kroner. Kommunal medfinansiering innenfor psykisk helsevern anslås på det nåværende tidspunkt til omlag 2 mrd. kroner og rus anslås til om lag 0,3 mrd. kroner. For opphold i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner vil kommunal medfinansiering utgjøre om lag 0,2 mrd. kroner.

30.5.2 Forslag til forskriftshjemmel

Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering er ikke ferdig når dette høringsnotatet sendes ut. Arbeidet avgrenses som nevnt etter to ulike modeller.

For at man skal være i stand til å innføre kommunal medfinansiering fra 2012, som er det tidspunkt det tas sikte på som oppstartsår for reformen, anser departementet at det er behov for en lovhjemmel til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar. Departementet foreslår derfor en hjemmel for departementet til å kunne gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret. Denne hjemmelen vil etter departementets oppfatning dekke de ulike modellene som nå utredes. Departementet vil likevel presisere at dette er et foreløpig forslag, som må ses i sammenheng med de konklusjoner den pågående utredningen faller ned på.

30.6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Kommunal medfinansiering forutsetter at kommunene får tilgang på relevante data om spesialisthelsetjenesten, både som grunnlag for medfinansieringen og for å kunne vurdere egne tilbud.

Norsk pasientregister er den primære kilden til styringsdata for spesialisthelsetjenesten og har blant annet som formål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring. Helseforetakene vil være ansvarlige for å registrere og rapportere ISF-grunnlaget og dermed også grunnlaget for den kommunale medfinansieringen. Det er etablert rutiner for kvalitetssikring av utbetalingene gjennom ISF-systemet blant annet gjennom et medisinsk-faglig avregningsutvalg. Disse rutinene kan relativt enkelt utvides til også å omfatte kvalitetssikring av grunnlaget for kommunal medfinansiering av somatiske behandling. Aktivitetsdata innen psykisk helse, rusbehandling og rehabilitering rapporteres i dag til NPR og HELFO og må også omfattes av ovennevnte.

Helsedirektoratet som i dag forvalter dagens finansieringssystemer, kan forvalte ordningen og håndtere faktureringsgrunnlaget, samt foreta årlig avregning. Informasjon om aktivitetsutviklingen vil da gå fra sentrale myndigheter til kommunene, på samme måte som til spesialisthelsetjenesten i dag. Helsedirektoratet forholder seg til i dag til fire regionale helseforetak og har en informasjons- og servicefunksjon for helseforetakene. Helsedirektoratet har årlig ca 400-500 henvendelser fra sektoren som gjelder ISF- og DRG-systemet. Det må etableres systemer for å ivareta kommunenes behov for informasjon og dermed påregnes økte administrative kostnader. Helsedirektoratet bruker om lag 5 årsverk på å drifte ISF-ordningen, herunder utvikling av ordningen, utarbeidelse av regelverk og oppfølging av regionale helseforetak og foretak. Da er utvikling av selve DRG-systemet, kodekvalitetsarbeid og kostnadsvektarbeidet holdt utenom.

Datagrunnlaget for oppgjør bør være et nasjonalt ansvar og i størst mulig grad ta utgangspunkt i eksisterende NPR-data. Kvalitetssikring av data kan dermed følge rutinene for kvalitetssikring av ISF-grunnlaget. Det vil i det videre arbeidet være viktig å etablere systemer og rutiner som sikrer tillit til systemet. Datagrunnlaget bør gjøres tilgjengelig for kommunene, for eksempel gjennom en webbasert løsning hvor kommunene fortløpende kan få innsyn i og informasjon om sine kostnader til kommunal medfinansiering. Dersom anonym statistikk skal brukes, må kommunene være av en viss størrelse. Datagrunnlaget må oppdateres fortløpende.

Utviklingen av en nettbasert løsning som gir den enkelte kommune oversikt over aktivitet og kostnader må skje i nært samarbeid med brukerne av systemet. For at løsningen skal kunne tas raskt i bruk må det tilrettelegges for informasjonsmateriell, og det bør utvikles et e-læringsprogram. Det vil være behov for midler til en engangsinvestering til anskaffelse av programvare og IT-infrastruktur, samt tilrettelegging av kuber/rapporter. Det vil også følge kostnader med utvikling av informasjonsmateriell, opplæringsprogram og kjøp av eksterne tjenester i forbindelse med justering av den tekniske løsningen. Målsetningen er å komme frem til en oppgjørsordning mellom kommuner og regionale helseforetak som på hensiktsmessig måte vil kunne håndtere pengestrømmene i kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Modellen skal sikre korrekt utbetaling til

riktig tid fra kommuner til regionale helseforetak og ta hensyn til behov for styringsinformasjon.

Mange kommuner vil ha behov for å styrke analysekapasitet og kompetanse dersom de skal oppnå målsetningene i samhandlingsreformen og kommunal medfinansiering skal ha ønsket effekt. Dette er et område der det i mange tilfeller og særlig for kommuner med lavt innbyggertall vil være naturlig å legge til rette for kommunesamarbeid.

I Danmark er det lagt til rette for automatiske betalinger fra kommunene til regionene, basert på Sundhedsstyrelsen beregninger som sendes til Offentligt Betalings System (OBS) som så automatisk flytter midler fra kommunenes konti til regionenes konti. Med andre ord sørger sentrale myndigheter for månedlige oppgjør og betaling. Det er dermed ingen kostnader for kommuner og regioner forbundet med selve oppgjøret og betalingen. Den kommunale medfinansieringen er i betydelig grad håndtert som en del av den aktivitetsbasert DRG-finansieringen. Driften av eSundhed (kommunal medfinansiering) er anslått til å innebære 2-3 fulltidspersoner i dag, vedlikehold av eSundhed, betjening av brukere (primært kommuner), vedlikehold av maskinpark mv.

Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS) er et system som ytterligere understøtter mer spesifikke planleggings- og analyseoppgaver i kommunene. Den primære finansieringskilden til utviklingen av dette systemet har vært kommunene. Kommunene har medfinansiert utviklingen av KØS med omlag 4 mill. kroner (og staten med ytterligere 2 mill. kroner). Driften av KØS er anslått til å innebære 1 person på fulltid. Driftsutgiftene er anslått til 1,5 mill kroner årlig og utviklingskostnadene er anslått 5 mill. kroner.

Systemet eSundhed formidles gjennom et lukket nettverk kalt ”Sundhedsdatanettet”. Kommunene har hatt kostnader i forbindelse med tilkoblingen til dette nettverket. Kommunenes Landsforening (KL) har ikke kunnet opplyse om hvilke kostnader kommunene har hatt i forbindelse med dette eller med eventuell kompetanseoppbygging.

31 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

31.1 Innledning

Som redegjort for i kapittel 4 og kapittel 12 kan grensen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste være vanskelig å trekke helt eksakt.

Selv om ansvarsfordelingen som regel ikke vil volde tvil, kan det i praksis oppstå uenighet eller uklarhet knyttet til hvor en pasient hører hjemme. Problemstillingen i dette kapitlet er knyttet til de situasjoner hvor en pasient anses for å være ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten og hvor kommunehelsetjenesten skal være ansvarlig for videre undersøkelse, behandling eller oppfølging. At en pasient er definert som utskrivningsklar fra sykehus innebærer at pasienten er ferdigbehandlet i *spesialisthelsetjenesten*. Det er imidlertid viktig å understreke at disse pasientene ofte har behov for oppfølging i kommunen eller spesialisthelsetjenesten etter utskrivning. Det er også viktig å være klar over at kommunene og spesialisthelsetjenesten i mange tilfeller opplever at det ikke er samsvar i bruken av begrepet utskrivningsklar pasient mellom de to forvaltningsnivåene.

31.2 Gjeldende rett

Det følger av *kommunehelsetjenesteloven* § 1-1, jf. også § 1-3 om kommunens konkrete oppgaver og deltjenester, at kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Av § 5-1 første ledd fremgår at kommunen skal dekke utgiftene for den helsetjeneste som kommunen har ansvaret for. Av § 5-2 følger det at staten årlig yter rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 fastslår at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Av § 2-1a fremgår at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fastbopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i eller utenfor institusjon.

Av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 femte ledd fremgår at departementet kan gi forskrift om at kommunene på nærmere fastsatte vilkår skal dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg i sykehus eid av foretak etter lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. i påvente av et kommunalt tilbud. Formålet med ordningen er å bidra til bedre ressursutnyttelse i helsesektoren ved at utskrivningsklare pasienter behandles på lavest effektive omsorgsnivå.

Med hjemmel i bestemmelsen er det fastsatt *forskrift 16. desember 1998 nr. 1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.*

Av forskriftens § 1 første ledd fremgår at forskriften gjelder for regionale helseforetak og kommuner som ikke har inngått avtale om overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten. I bestemmelsens andre ledd er det gitt nærmere regler om hva slik avtale i så fall skal bestå av, herunder rutiner for samarbeid, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, hvem som avgjør om en pasient er utskrivningsklar, hvordan uenighet skal løses, varslingsprosedyrer og /frister og døgnpris.

Forskriften gjelder ikke for pasienter i langtidsinstitusjoner eller pasienter i psykiatriske sykehus, jf. § 1 tredje ledd.

Det regionale helseforetaket kan kreve betaling av kommunen for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, jf. forskriften § 2.

Kriteriene for når en pasient er utskrivningsklar fremgår av forskriften § 3 hvor det heter:

"En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,
2. øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart,
3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,

4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,
5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,
6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives."

Det følger av § 4 at sykehuset avgjør når en pasient er utskrivningsklar. I § 5 er det fastsatt at kommunen kan påklage sykehusets avgjørelse til fylkesmannen.

Regler om varslingsplikt er inntatt i § 6. Det fremgår her at betaling kan kreves fra ti dager etter at kommunen er skriftlig varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Fristen løper tidligst fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar. Døgnprisen fastsettes av departementet, jf. forskriften § 7.

De aller fleste kommuner og helseforetak har inngått avtaler på dette området, og bruken av forskriften er rapportert å være fallende. I all hovedsak reguleres altså dette feltet av inngåtte avtaler mellom kommunene og de regionale helseforetakene, og forskriften har således i praksis preg av å være sekundærregulering for de tilfeller hvor det ikke er inngått avtale.

31.3 Ordningen i andre land

De fleste andre land, som det er naturlig for Norge å sammenlikne seg med, har valgt å organisere helsetjenesten på ett forvaltningsnivå og har derfor ikke tilsvarende løsninger. Ett unntak er imidlertid Danmark. I Danmark ble ordningen innført som en frivillig ordning 1995, men ble obligatorisk etter kommunereformen i 2007.

Formålet var å gi kommunene sterkere insentiv til å ta pasienten raskere tilbake til hjemkommunen og følge opp med pleie- og/eller gjenopptreningstilbud[15]. Bopelskommunen betaler pr. liggedøgn for sykehusbehandling etter krav fra bopelsregionen. Betalingen for utskrivningsklare pasienter er i Sundhedsloven fastsatt til å utgjøre maks 1 552 DKK i 2004 pris- og lønnsnivå. Taksten reguleres årlig tilsvarende pris- og lønnsreguleringen av blokktilskuddet[16] til regionene. I 2010 utgjør den maks 1 771 DKK.

Sundhedsavtalene står sentralt i Danmark for å løse utfordringene knyttet til utskrivningsklare pasienter. Ett eksempel på en slik avtale er sundhedsavtalen mellom Region Sjælland og 17 kommuner. I 2008 inngikk de en politisk bindende avtale, som er godkjent av Sundhedsstyrelsen. De har inngått avtaler på de seks obligatoriske områdene i følge Sundhedsloven, hvor utskrivinger er ett av dem.

Avtalen gir retningslinjer for hvordan ansvarsdelingen mellom sykehuset og kommunen skal være:

[15] Kommunene har ansvar for gjenopptreningsinstitusjonene i Danmark

[16] Blokktilskudd til de danske regionene tilsvarer rammetilskudd til de norske regionale helseforetak.

Sykehuset skal:

I de tilfeller hvor pasienten enten er kjent av kommunen eller forventes å ha behov for kommunal hjelp etter utskriving, skal kommunen få beskjed om forventet liggetid og når pasienten forventes utskrivingsklar. Dette utfylles i en samarbeidsblankett i tråd med veiledning.

Kommunen skal:

Hvis pasienten er kjent, skal kommunen innen 24 timer etter innleggelse via samarbeidsblanketten gi sykehuset opplysninger om funksjonsnivået til pasienten før innleggelse, omfanget av hjelp og støtte (sykepleie, hjelpemidler, matservice, boligforhold osv.), medisin, trening og pårørende. Kommunen er samtidig forpliktet til å definere om det dreier seg om en sterkt pleietrengende pasient.Videre er kommunen forpliktet til å opprettholde hjelp til pasienten det første døgnet slik at pasienter, som utskrives med det samme, kan utskrives til uendret hjelp.

31.4 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

31.4.1 NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten

I sin innstiling har Bernt-utvalget om denne problemstillingen blant annet uttalt i punkt 11.5:

> ”Det er viktig å utvikle gode samarbeidsrelasjoner der partene oppfatter seg som jevnbyrdige. Etter forskrift om utskrivningsklare pasienter definerer sykehuset nå ensidig om pasienten er utskrivningsklar, og fastsetter dermed når betalingsplikten inntrer, jf. § 4. Etter utvalgets oppfatning bør dette være noe som helseforetaket og kommunen avgjør i fellesskap. (…)
>
> Kommunehelsetjenesteloven § 5-1 tredje avsnitt oppstiller et system med betalingsplikt for kommuner som ikke har et tilbud til utskrivningsklare pasienter. Utvalget er ikke fremmed for at det fremdeles er behov for en ordning med slik betalingsplikt, ettersom bortfall av betalingsplikt kan føre til problemer med opphoping av utskrivningsklare pasienter. Utvalget er imidlertid av den oppfatning at dette er en type bestemmelse som ikke bør videreføres i lovs form, men i eventuell forskrift. Det bør også vurderes om dette skal gjelde både for somatiske og psykiatriske pasienter, da det også ligger mange pasienter, definert som utskrivningsklare, i psykiatriske institusjoner, samtidig som terskelen for innleggelser oppleves som høy.”

31.4.2 St.meld. nr. 47 (2008-2009) - Samhandlingsreformen

Av stortingsmeldingen fremgår at regjeringen vil overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten til kommunene fra 2012. Når det gjelder omfanget av dagens ordning er det i meldingens punkt 9.5.1 blant annet uttalt:

> ”Analyser basert på pasientdata for somatisk virksomhet i 1. og 2. tertial 2008 tilsier at omfanget av utskrivningsklare pasienter tilsvarer 19 000 opphold og omlag 145 000

liggedøgn. Tilsvarende gir en kartlegging foretatt høsten 2008 blant landets regionale helseforetak et anslag på 150 000 somatiske liggedøgn. Legedekning i sykehjem, dekningsgraden av institusjoner, boliger for eldre over 80 år og sykehusenes lokalisering påvirker liggetiden i sykehus. Omfanget av liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er størst ved mindre lokalsykehus, og størst i byer over 100 000. Det er imidlertid store variasjoner mellom sykehusene. Tilsvarende viser estimerte tall fra SINTEF at mellom 4 – 500 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern kan klassifiseres som utskrivningsklare. Tilsvarende tall for tverrfaglig spesialisert behandling finnes per i dag ikke, men departementet vil utrede dette nærmere."

Når det gjelder bruken av samarbeidsavtaler heter det:

"Svært ofte planlegger kommunene uten samarbeidsavtale ikke mottak av pasienten før de har mottatt melding om utskrivningsklar dato fra sykehuset. Det er særlig sykehusenes vertskommuner som på denne måten utnytter sykehusenes sengekapasitet. De aller fleste kommuner og helseforetak har inngått avtaler på dette området, og bruken av forskriften er rapportert å være fallende. Basert på regnskapsdata fra helseforetak og sykehus i 2007 var det inntektsført om lag 40 mill. kroner for utskrivningsklare pasienter.

Gjennomsnittlig døgnkostnad på sykehus for utskrivningsklare somatiske pasienter er ut fra lokale data beregnet til 5000 kroner, mens døgnkostnad på en intermediær avdeling på sykehjem er beregnet til 1575 kroner, og døgnkostnad for en langtidsplass på sykehjem ligger på om lag 1100 kroner. Det foreligger ikke sikre KOSTRA-tall for nettodriftsutgifter per døgn for kommunale institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Netto driftskostnader, eksklusive kapitalkostnader, varier fra 1100 til om lag 1800 kroner i 2007 avhengig av driftsform og størrelse på sykehjemmet 1. Årskostnaden for liggedagene til utskrivningsklare pasienter basert på gjennomsnittlig døgnkostnad, er estimert til 725 mill. kroner. Dersom liggedagene hadde vært på intermediære avdelinger på sykehjem, tilsier ovennevnte anslag på døgnkostnad at samlet kostnad ville vært omlag 220 millioner kroner. Det bemerkes at tallene som er anslått for behandlingskostnader i sykehus og sykehjem er beheftet med stor usikkerhet.

Det arbeides med å estimere anslag for driftskostnader for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern."

Overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fullt og helt til kommunene, vil innebære at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklar. I meldingens punkt 9.5.2 er det understreket at hensikten med en slik endring ikke er å straffe kommuner som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter, men å etablere en riktigere insitamentssituasjon for kommunene. I forlengelsen av dette er det uttalt:

"Samlet for kommunesektoren vil de i forbindelse med innføringen av ordningen få tilført midler som svarer til sykehuskostnadene for de utskrivningsklare pasientene. I prinsippet kan de velge å videreføre omfanget av utskrivningsklare pasienter i sykehus og betale kostnadene ved dette. Samtidig vil det ligge et økonomisk insitament til å etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å brukte de sparte midlene til andre helsetiltak.

Endringen finansieres ved at regionale helseforetak får et trekk i sine rammer og kommunene en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Dette vil forutsette endring i betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter. Før en pasient kan defineres som utskrivningsklar til primærhelsetjenesten, må alle momenter iht. definisjonen av utskrivningsklar pasient være innfridd. Kommuner og sykehus må i samarbeid utarbeide klare kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og kriterier for re-innleggelser. På spesielt krevende pasientgrupper må det avtales et rimelig tidspunkt for utskrivning. Videre bør epikrise fra lege med medikamentopplysninger, resepter og rapporter fra alle aktuelle faginstanser forutsettes å foreligge ved utskrivning.

Det må etableres systemer for å håndtere situasjoner der partene ikke kommer til enighet om pasientens funksjonstilstand og behov for tiltak etter utskrivning. Det må også etableres systemer for å håndtere uenighet av prinsipiell karakter.

Det er behov for et eget utredningsarbeid knyttet til utskrivningsklare pasienter innenfor psykiske helsetjenester. SINTEFs pasientelling for 2007 viste at nærmere 1/3 av pasientene som hadde et døgntilbud i psykisk helsevern hadde hatt bedre utbytte av et alternativt tilbud. Det er særlig en stor andel av pasienter innlagt på sykehusavdelinger, som burde hatt et alternativt tilbud i DPS i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. Dette kan peke i retning av at vi ved en bedre utbygging i kommunene, og videreutvikling av det ambulante og polikliniske tilbudet ved DPSene, vil kunne redusere behovet for døgnplasser i sykehus. Det er behov for å avklare begrepet «utskrivningsklar» i forhold til disse utfordringene, herunder kartlegge hvilke behov for fortsatt oppfølging av psykisk helsevern denne gruppen har. De økonomiske insentiver, både i forhold til definisjonen av utskrivningsklare og knyttet til medfinansieringsmodellen, må innrettes på en slik måte at de understøtter behovet for en vesentlig utvikling av det kommunale bo- og oppfølgingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Samtidig må insentivene understøtte det pågående omstillingsarbeidet i psykisk helsevern fra fokus på langtids institusjonsbehandling til økt fokus på lokalbasert, ambulant oppfølging og behandling.

Dette forslaget vil i stor grad ha samme fordeler og utfordringer som kommunal medfinansiering. Den setter kommunene i stand til å gjøre reelle valg mellom å betale for pasienten i sykehus eller å opprette et eget tilbud i egen kommune eller i et interkommunalt samarbeid. Økt innsats på kommunalt nivå til forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, riktig behandling til riktig tid i kommunen, vil bidra til å redusere behovet for sykehusinnleggelser – og dermed vil også omfanget av utskrivningsklare pasienter reduseres."

31.4.3 Innst. 212 S fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform

Når det gjelder kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter har helse- og omsorgskomiteen i sin innstilling uttalt blant annet følgende under innstillingens punkt 3.6:

”Komiteen er enig i at det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter overføres til kommunene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at endringen skal finansieres ved at regionale helseforetak får trekk i sine rammer, og kommunene får en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivingsklare pasienter.

Komiteen registrerer at insentivet for behandling på riktig omsorgsnivå gjennom den betalingsforskriften som gjelder i dag, ikke er tilstrekkelig. Komiteen vil understreke at ordningen må bygge på gode prosesser knyttet til samarbeid mellom kommuner og helseforetak som likeverdige parter. Slike avtaler skal bygge på veiledninger med klare kriterier for når en pasient er utskrivingsklar, kriterier for reinnleggelser og bygge på en lovfestet ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste ved behov for innleggelse.

Komiteen støtter at ordningen med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter innføres fra 2012. Komiteen mener dette forutsetter at det foreligger konkrete avtaler som regulerer forholdet mellom helseforetakene og kommunene. Staten må ta initiativ til at det fremforhandles en nasjonal avtale som angir rammer for de lokale avtalene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det må utredes grundig hvordan denne ordningen skal finansieres. Disse medlemmer mener at et generelt uttrekk fra helseforetakene basert på historiske tall og overføring til kommunene etter det ordinære inntektssystemet ikke er tilstrekkelig utredet. Regjeringen må derfor komme tilbake til Stortinget med et opplegg som avklarer fordelingseffekten mellom kommunene og konsekvenser for kapasitet og økonomi i helseforetakene. Det skal ikke foretas kutt i helseforetakenes rammer som følge av denne omleggingen.”

31.5 Departementets vurderinger og forslag

31.5.1 Innledning

Dagens betalingsforskrift gjelder for betaling av utskrivningsklare somatiske pasienter mellom regionale helseforetak og kommuner som ikke har inngått avtale om overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til primærhelsetjenesten. Betaling kan i dag kreves fra 10 dager etter at kommunen skriftlig er varslet om at pasienten er utskrivingsklar. Helseforetak og kommuner kan inngå avtaler som innebærer at betalingsordningen faller bort.

31.5.2 Om ordningen med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Det tas i utgangspunktet sikte på at kommunene får et finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én for *alle pasientgrupper*. Kommunene vil få overført midler fra de regionale helseforetakene i forbindelse med denne omleggingen. Dette skjedde ikke i forbindelse med innføring av dagens betalingsforskrift.

Midlene som skal overføres til kommunene kan fordeles enten etter nøklene i kommunenes inntektssystem eller som øremerket tilskudd etter hvilke kommuner som har utskrivningsklare pasienter på sykehus. Generelt vil overføring gjennom inntektssystemet gi rom for prioriteringseffektivitet, mens øremerking målretter virkemiddelbruken i forhold til de kommunene som i dag har et problem med å ta hjem utskrivningsklare pasienter.

Størrelsen på beløpet som skal overføres vil dels være bestemt av anslag på antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter, og dels være bestemt av anslått kostnad ved utskrivningsklare liggedøgn – dvs. den nasjonalt fastsatte betalingssatsen.

Nivået på betalingssats må vurderes både i forhold til engangsoverføringen fra regionale helseforetak til kommunene og i forhold til insentivvirkningene. Størrelsen på betalingssatsen må også vurderes i forhold til insentiver og risikoen både for helseforetakene og kommunene. Generelt vil en lav betalingssats redusere risikoen, mens en høy sats vil øke insentivene.

Mangel på god kostnadsinformasjon, og kostnadsvariasjoner mellom helseforetak, avdelinger, og fra pasientgruppe til pasientgruppe, gjør det vanskelig å beregne faktisk kostnadsnivå i sykehus. Et rimelig anslag vil imidlertid være en døgnkostnad på 3 000-5 000 kroner. Nivået på betalingssatsen må også ses i sammenheng med usikkerheten knyttet til datakvaliteten.

Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter er i tråd med målsetningene i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen om blant annet bedre arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og bedre samhandling gjennom bedre gjensidig informasjon og støtte mellom de to behandlingsnivåene, slik at de kan utføre sine respektive oppgaver med høyest mulig kvalitet og på lavest, effektive omsorgsnivå. Videre vil ordningen gi en vridning fra dagens ”straffeordning” til en insentivordning – det vil lønne seg å etablere tilbud til pasienter nær der de bor. Ordningen vil også kunne bidra til at kommunene kan bygge opp kompetanse og organisere tilbudet bedre i kommunen.

Innføringen av ordningen er likevel en utfordring både for helseforetakene og kommunene. Dersom kommunene ikke bygger opp eget tilbud, men fortsetter å benytte seg av sykehustilbud i samme omfang som tidligere, vil sykehusene få midlene som er flyttet til kommunene tilbake i form av en døgnsats. Ordning vil da i utgangspunktet være nøytral for sykehusene. Dersom kommunene kan overta og gi kommunale tilbud til alle utskrivningsklare pasienter i løpet av kort tid, vil sykehusene potensielt møte en økonomisk omstillingsutfordring som det på forhånd kan være vanskelig å vite omfanget av. Avhengig av hvilke pasientgrupper som inkluderes, samt hvilket nivå på døgnkostnaden og antall utskrivningsklare pasienter som legges til grunn, vil andelen være mellom 0,6 og 3 prosent av den samlede basisbevilgningen til helseforetakene.

Dersom man tar utgangspunkt i om lag 150 000 utskrivningsklare liggedøgn innen somatikk og en døgnkostnad på 3 000 eller 5 000 kroner vil årskostnaden variere fra 450

til 750 mill. kroner. Dette tilsvarer 0,6-1,0 prosent av de regionale helseforetakenes basisbevilgning (75 mrd. kroner) i 2010.

Dersom man legger til grunn samme døgnkostnad for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og 450 000 liggedøgn vil årskostnaden være variere fra 1,35 til 2,25 mrd. kroner. Dette tilsvarer 1,8-3,0 prosent av de regionale helseforetakenes basisbevilgning (75 mrd. kroner) i 2010. Det er knyttet usikkerhet til antall utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern. Omfanget av utskrivningsklare pasienter innenfor dette området må utredes særskilt i det videre arbeidet.

Avhengig av om det er mulig å få data som er som viser omfanget av utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusproblematikk, vil tilsvarende beregninger bli gjort innen dette området på et senere tidspunkt.

Med utgangspunkt i omstillingsutfordringene skissert overfor er det derfor svært viktig å sikre at partene kommuniserer og samarbeider godt om pasienter som ikke lenger trenger å være innlagt i sykehus. Avtalene mellom helseforetakene og kommunene i opptaksområdet må omtale hvordan dette samarbeidet skal foregå. Det at en pasient er utskrivningsklar betyr ikke nødvendigvis at pasienten er ferdigbehandlet. Ofte har pasienten behov for oppfølging i kommunen eller spesialisthelsetjenesten etter utskrivning. Det er derfor spesielt viktig at partene blir enige om hvordan samhandlingen mellom det enkelte helseforetaket og kommunene i opptaksområdet skal foregå for å sikre at pasienten kan skrives ut til et forsvarlig tilbud i kommunehelsetjenesten, så raskt som mulig.

31.5.3 Departementets forslag

31.5.3.1 Regulering i lov

Departementet foreslår at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester lovfestes at kommunen har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én, jf. forslagets § 11-4 første ledd.

Videre foreslås i bestemmelsens andre ledd at kommunen pålegges en plikt til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende plikt for regionale helseforetak til å inngå slik avtale foreslås også lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, jf. forslag til ny § 2-6 første ledd. Det foreslås presisert at kommunen kan inngå slik avtale alene eller sammen med andre kommuner. Departementet viser i den forbindelse også til lovforslaget § 6-2 nr. 4 hvor det også fremgår at ordningen med utskrivningsklare pasienter skal være omfattet av de lovpålagte samarbeidsavtalene som skal inngås mellom kommunene og de regionale helseforetakene/det helseforetak det regionale helseforetaket bestemmer, jf. lovforslagets § 6-1.

I lovforslagets § 11-4 foreslås det i tredje ledd presisert at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser etter første ledd. Det foreslås videre presisert at departementet i forskrift skal fastsette hva samarbeidsavtale etter andre ledd minimum

skal inneholde. Tilsvarende foreslås også lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, jf. forslag til ny § 2-6 andre ledd.

31.5.3.2 Nærmere om fremtidig forskrift om kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter – forholdet til samarbeidsavtalene

Som nevnt ovenfor foreslås det lovfestet at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold. Forutsatt at Stortinget slutter seg til endringsforslagene, anser departementet at det særlig vil være aktuelt å ta stilling til om i hvilken grad ordningen skal gjelde både for pasienter innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Departementet vil komme nærmere tilbake til dette i forbindelse med høring av slik forskrift. Departementet tar sikte på å innføre den nye ordningen for somatikk fra og med 1. januar 2012. Når det gjelder rusbehandling og behandling innenfor psykisk helsevern tilsier datasituasjonen at det fra nevnte tidspunkt kan være vanskelig å foreta tilstrekkelige beregninger av de administrative og økonomiske konsekvensene av å utvide ordningen til også å gjelde overfor disse pasientgruppene. Overføring av finansieringsansvaret for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og rusbehandling utredes særskilt og departementet vil komme nærmere tilbake til dette i forbindelse med høring av forslag til forskrift.

I forskrift må det også fastsettes kriterier for når en pasient er utskrivningsklar. Departementet vil her foreta en vurdering av om de kriterier som er fastsatt i gjeldende forskrift skal videreføres eller endres. Det legges til grunn at det benyttes en felles, nasjonal definisjon av hva som er en utskrivningsklar pasient, men det må vurderes om det i den nye forskriften også skal stilles krav til samhandling mellom det enkelte helseforetak og kommunene i opptaksområdet som et supplement til definerte kriterier for når en pasient er utskrivningsklar. Fordelingen av hva som eventuelt skal inngå i nasjonale kriterier og hva som skal overlates til partene å fastsette særskilt gjennom samarbeidsavtalene, vil også måtte diskuteres i forslag til forskrift. Hensyn til lokal handlefrihet og behov for lokale tilpasninger kan tilsi at partene gis større frihet til selv å avtale kriteriene. Hensynet til en mest mulig ensartet nasjonal praksis kan tale for å fastsette kriteriene i forskrift. Likelydende kriterier nasjonalt vil også gjøre det enklere å beregne de administrative og økonomiske konsekvensene av ordningen. Det kan også tenkes relevant å fastsette kriterier for hvordan problemstillinger knyttet til re-innleggelser skal løses.

Av andre sentrale temaer i en forskrift vil være behovet for bestemmelser som regulerer spesialisthelsetjenestens varslingsplikt i forhold til når pasienter antas å være utskrivningsklare og når de faktisk er å anse for utskrivningsklare. Det bør også diskuteres hvordan uenighet mellom partene skal løses, herunder konfliktløsningsordninger.

Det kan også være aktuelt å regulere hvilken døgnpris som skal gjelde for hver dag kommunen ikke tar i mot en utskrivningsklar pasient. Når det gjelder ressursoverføring fra de regionale helseforetakene til kommunene som følge av innføring av ordningen, vil dette omtales i kommuneproposisjonen. Det kan i forskrift også tas stilling til om det skal være én nasjonal betalingssats eller om det skal åpnes for at sykehus og kommunene kan

inngå avtaler som innebærer at betalingsplikten faller bort. Dette spørsmålet må imidlertid ses i sammenheng med innfasingen av ordningen.

Forskriften vil også kunne presisere hvilke opplysninger det enkelte helseforetak skal gi til kommunen for at den skal kunne forberede mottak av en utskrivningsklar pasient.

31.6 Administrative og økonomiske konsekvenser

Kommunene vil få overført midler fra de regionale helseforetakene i forbindelse med denne omleggingen. Midlene som skal overføres til kommunene kan fordeles enten etter nøklene i kommunenes inntektssystem eller som øremerket tilskudd etter hvilke kommuner som har utskrivningsklare pasienter på sykehus.

Størrelsen på beløpet som skal overføres vil dels være bestemt av anslag på antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter, og dels være bestemt av anslått kostnad ved utskrivningsklare liggedøgn – dvs. den nasjonalt fastsatte betalingssatsen. Avhengig av hvilke pasientgrupper som inkluderes, samt hvilket nivå på døgnkostnaden og antall utskrivningsklare pasienter som legges til grunn, vil andelen være mellom 0,6 og 3 prosent av den samlede basisbevilgningen til helseforetakene. Dersom man tar utgangspunkt i om lag 150 000 utskrivningsklare liggedøgn innen somatikk og en døgnkostnad på 3 000 eller 5 000 kroner vil årskostnaden variere fra 450 til 750 mill. kroner. Dette tilsvarer 0,6-1,0 prosent av RHFenes basisbevilgning (75 mrd. kroner) i 2010.

Dersom man legger til grunn samme døgnkostnad for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og 450 000 liggedøgn vil årskostnaden være variere fra 1,35 til 2,25 mrd. kroner. Dette tilsvarer 1,8-3,0 prosent av RHFenes basisbevilgning (75 mrd. kroner) i 2010. Det er knyttet usikkerhet til antall utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern. Omfanget av utskrivningsklare pasienter innen dette området må utredes særskilt i det videre arbeidet.

Avhengig av om det er mulig å få data som er som viser omfanget av utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusproblematikk, vil tilsvarende beregninger bli gjort innen dette området på et senere tidspunkt.

En ordning med kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter forutsetter at kommunene får tilgang på relevante data om spesialisthelsetjenesten, både som grunnlag for betalingen og for å kunne vurdere egne tilbud. Norsk pasientregister er den primære kilden til styringsdata for spesialisthelsetjenesten og har blant annet som formål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring. Sykehusene vil være ansvarlige for å registrere og rapportere grunnlaget for den kommunale betalingen. De økonomiske og administrative konsekvensene av nødvendig styringsdata og oppgjørsordning er nærmere beskrevet under omtalen av kommunal medfinansiering, jf. nærmere om dette i kapittel 30.

32 Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling

32.1 Elektronisk samhandling som målsetting

Regjeringen har i sin strategi for fornying av offentlig sektor understreket at utvikling av offentlig sektor er viktig redskap for å sikre velferden i Norge. I *St.meld. nr. 17 (2006 – 2007) Eit informasjonssamfunn for alle* understrekes det at informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig virkemiddel i fornyingsarbeidet og blir i stadig sterkere grad en forutsetning for velferdssamfunnet.

I Nasjonal helseplan (2006) ble bruk av IKT framhevet som et viktig hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål. Regjeringens nasjonale strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren (2008 – 2013), Samspill 2.0., viderefører intensjonene i Nasjonal helseplan og gir retning for IKT - utviklingen i sektoren.

Det er viktig å slå fast at informasjonsteknologi (IKT) først og fremst er et virkemiddel for helsepolitiske mål om kvalitet, effektivitet og helhetlige pasientforløp:

a. Sikre riktig og forsvarlig behandling, og unngå feilbehandling og feilmedisinering
b. Helsetjeneste mest mulig nær brukeren/pasienten
c. Styrke brukernes/pasientens rolle
d. Styrke brukerens/pasientens kompetanse
e. Øke servicenivået i tjenesten
f. Likeverdig helsehjelp for alle uansett bosted.

Investeringer og prioriteringer i IKT er i hovedsak et *virksomhetsansvar*, men det er nødvendig med nasjonal koordinering for å sikre fremdrift og nødvendig standardisering.

Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten fra 2007 viser til at virkemidler frem til nå har vært for svake. Riksrevisjonen anser at det er behov for sterkere og mer tydelig nasjonal styring for å nå målet om elektronisk samhandling.

St.meld. nr. 47 (2008 -2009) *Samhandlingsreformen* viderefører intensjonene i tidligere strategier og planer om økt bruk av IKT/eHelse som et hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål og for å yte gode tjenester i hele pasientforløpet. For å få fart på den elektroniske samhandlingen mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren har Stortingsmelding 47 sterkere fokus på nasjonal styring enn tidligere planer og strategier. Det skal ifølge meldingen være en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den ordinære måten å kommunisere på både mellom tjenesteyter og pasient og mellom de ulike tjenesteyterne.

Helse- og omsorgskomiteen uttaler i Innst. 212 S (2009-2010) at ”hovedutfordringen er lokal autonomi og behov for en tydeligere nasjonal styring av regionale helseforetak”. Komiteen mener også at det må lages en egen nasjonal plan for bruk av IKT og at denne planen ”må inneholde nasjonale standarder som sikrer felles, effektive IKT-løsninger”.

På denne bakgrunn ser departementet behov for en gjennomgang av i hvilken grad rettslig regulering ved lov og forskrift, innenfor forsvarlige økonomiske rammer, kan bidra til å

styrke den nasjonale styringen og derved bidra til å nå målet om bedre og økt elektronisk samhandling.

Det er allerede igangsatt et omfattende arbeid for å tilrettelegge lovgivningen for elektronisk samhandling. Departementet vil i dette kapitlet foreslå å ta i bruk lov og forskrift som virkemiddel også på følgende områder:

- Lovhjemle at det i forskrift kan stilles krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger
- Pålegge enkelte funksjonskrav og bruk av standarder
- Pålegge sertifisering

32.2 Allerede igangsatt arbeid med lov og forskrift

Stortinget vedtok 16. juni 2009 endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven, se Ot.prp. nr. 51 (2008–2009). Formålet med lovendringene er å gi helsepersonell nødvendig tilgang til helseopplysninger slik at helsehjelp kan tilbys på en forsvarlig og effektiv måte samtidig som personvernet ivaretas. Lovendringene medfører at det med hjemmel i helseregisterloven kan fastsettes forskrift for tilgang til helseopplysninger på tvers av juridiske enheter i helsetjenesten. For det andre kan det fastsettes i forskrift at det kan etableres regionale behandlingsrettede helseregistre på tvers av juridiske enheter i helsetjenesten. For det tredje kan det ved forskrift etableres felles pasientjournal for helsepersonell i for eksempel legesentre, tannlegesentre, distriktsmedisinske sentra og lignende. Det ble også vedtatt en presisering av helsepersonelloven § 45 om utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger.

Helse- og omsorgsdepartementet har som en oppfølging av Ot.prp. nr. 51 (2008–2009), sendt på høring forslag til forskrift om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre. Høringsfristen var 10. september d.å. Forskriften gir mer presise regler for tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger enn dagens regler.

Departementet har under utredning en forskrift som skal gi grunnlag for etablering av regional kjernejournal. Kjernejournalen skal ved uplanlagte behov for helsehjelp i første rekke kunne gi sikker og rask tilgang til kritisk informasjon om enkeltpasienter. Det er informasjon som fører til tryggere behandling og kan forhindre at pasienter unødvendig blir påført alvorlig eller livstruende skade. Det kan i kjernejournalen for eksempel være opplysninger om legemidler, allergier, implantater og for enkelte pasienter, hva som må skje eller gjøres helt akutt ved sykdomsforverring. Det skal gi økt trygghet for både pasienter og helsepersonell.

Kjernejournalen skal være et supplement til eksisterende informasjonssystemer. All informasjon i kjernejournalen skal dokumenteres i virksomhetenes elektroniske pasientjournalsystemer (EPJ) hvor et uttrekk av opplysninger vil bli overført til kjernejournalen. Opprettelse av en kjernejournal vil innebære at pasienten i større grad skal bli involvert og få delta. Pasienten vil kunne få se innholdet i kjernejournalen og eventuelt sperre opplysninger.

Lovendringene og krav i forskriftene medfører at det må gjøres tilpasninger i helse- og omsorgssektorens elektroniske journalsystemer. Lovendringene vil etter departementets mening også gjøre det nødvendig å sette regulatoriske krav til standardisering og sertifisering av funksjoner i EPJ- systemene.

Nedenfor drøftes behovet for ytterligere lovendringer som kan understøtte elektronisk samhandling.

32.3 Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger

32.3.1 Bakgrunn

Alt helsepersonell har dokumentasjonsplikt. Mange aktører har anskaffet elektroniske systemer for å dokumentere helsehjelp. Dokumentasjonen av helsehjelp skjer i dag både i papirbaserte pasientjournaler og i elektroniske pasientjournaler. Utlevering av opplysninger skjer delvis på papir, delvis ved elektroniske meldinger eller på CD. Papiret eksisterer fremdeles ofte parallelt med den elektroniske pasientjournalen både hos helse – og omsorgstjenesten, hos privatpraktiserende helsepersonell og i de fleste helseforetak. Det gir dobbeltarbeid og liten - om noen – effektiviseringsgevinst.

For å få til god samhandling mellom nivåene og mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren, har det gjennom nasjonale strategier vært fokus på å øke den elektroniske informasjonsutvekslingen. Det er i sektoren enighet om viktigheten av å bruke IKT som et virkemiddel for å skape forbedringer for pasienter og bidra til å utløse samfunnsmessige gevinster. De arbeidsprosesser i organisasjonen som må forandres ved overgang til elektronisk samhandling er imidlertid undervurdert. Endres ikke arbeidsprosessene, vil en i langt mindre grad kunne ta ut effektiviseringsgevinster.

32.3.2 Gjeldende rett

I dag stilles det få krav i lov med tanke på aktørenes anvendelse av elektroniske løsninger.

Ifølge helsepersonelloven § 39 skal den som yter helsehjelp, nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt, i en journal for den enkelte pasient. Det åpnes uttrykkelig for at pasientjournalen kan føres elektronisk i helsepersonelloven § 46, men det oppstilles ingen plikt.

Det er heller ikke gitt hjemmel for å kunne pålegge at utlevering av opplysninger fra behandlingsrettede registre etter helseregisterloven § 6, i tråd med reglene om taushetsplikt, skal skje elektronisk.

Helsepersonell er med hjemmel i helsepersonelloven §§ 35-38 pålagt å melde fra om fødsler, dødsfall og betydelig personskade. Kongen kan også pålegge meldinger til ulike helseregistre. Det fremgår ikke direkte av loven at det er hjemmel til å kreve elektronisk innsending av slike opplysninger. Imidlertid følger det av helseregisterloven § 9 andre ledd at Kongen kan gi forskrifter ”*om innsamling av helseopplysninger*” til lokale, regionale og sentrale helseregistre, ”*herunder bestemmelser om hvem som skal gi og motta*

opplysningene og om frister, formkrav og meldingsskjemaer". Departementet legger til grunn at dette gir hjemmel for å pålegge at innrapporteringen skal skje i elektronisk form.

Folketrygdloven § 21-4 andre ledd bestemmer at helsepersonell plikter å gi forvaltningen de erklæringer og uttalelser som er nødvendige for å kunne vurdere rettigheter og plikter etter loven. I den anledning er departementet gitt hjemmel til i forskrift å bestemme at erklæringer og uttalelser skal sendes elektronisk til Arbeids- og velferdsetaten. Dette er fulgt opp i forskrift 2. oktober 2009 nr. 1285 om elektronisk kommunikasjon ved innsending av erklæringer og uttalelser til Arbeids- og velferdsetaten hvor det følger at leger skal sende inn sykemelding og legeerklæring ved arbeidsuførhet elektronisk over linje til Arbeids- og velferdsetaten.

Med hjemmel i folketrygdloven § 22-2 bestemmer forskrift 15. oktober 2009 nr. 1287 om elektronisk kommunikasjon ved fremsetting av krav om direkte økonomisk oppgjør til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) at leger skal sende krav om oppgjør for undersøkelse og behandling elektronisk.

32.3.3 Behovet for endringer

Det er i nasjonale planer og strategier for utvikling av IKT i helsesektoren fremhevet at IKT er et sentralt verktøy for forebyggende arbeid og tjenesteyting. Riktig bruk av IKT kombinert med et sterkere fokus på organisasjonsutvikling og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet.

Det er ikke nødvendigvis slik at det er den som har de største utgiftene ved tilrettelegging av elektronisk kommunikasjon, som får de største gevinstene. Det er samtidig på det rene at det offentlige alene ikke kan bære alle kostnadene ved å yte tilskudd i det omfang som aktørene kan komme til å kreve. Det kan derfor synes nærliggende at elektronisk kommunikasjon i full skala ikke blir en realitet før det blir stilt rettslig krav om denne type kommunikasjon.

Den teknologiske utviklingen gjør det mulig for pasienter og brukere å kommunisere med helse– og omsorgssektoren på forskjellige måter. Det kan tilrettelegges for sikker elektronisk kommunikasjon med leger og annet helsepersonell. Det kan tilrettelegges for at pasienter og brukere kan få tilgang til helseopplysninger om seg selv i journaler både i sykehus, hos leger og i omsorgssektoren. Pasientene og brukerne kan på den måten få tilgang til sin journal eller deler av den. Slik det er i dag, er det i liten utstrekning tilrettelagt for elektronisk kommunikasjon med helsepersonell for pasienter og brukere eller tilgang til egne helseopplysninger.

Det offentlige har, bl.a. i Arbeids- og velferdsetaten, ved etablering av Norsk Helsenett SF og ved det arbeid KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) har utført med standardisert helsefaglig innhold og meldingsformater, gjort betydelige grunnlagsinvesteringer for å tilrettelegge for elektronisk samhandling. Mulighetene disse investeringene gir blir i altfor liten grad utnyttet og det offentlige høster mindre gevinster enn forutsatt. Elektronisk samhandling foregår, men i langt mindre utstrekning enn de mål som er satt i nasjonale strategier og planer.

Det er behov for raskt å få på plass et stort volum av de elektroniske meldingene samt utfasing av papirrutinene for at aktørene skal få størst mulig nytte/inntjening av investeringene. Gevinstene vil være størst (og betydelige) hvis alle aktørene samtidig tar i bruk elektronisk kommunikasjon og IKT.

Tiden det tar frem til man oppnår fullstendig elektronisk samhandling spiller en avgjørende rolle for hvor stor nytten for aktørene blir. Det er i denne forbindelse helt avgjørende at aktørene bruker de samme standardiserte meldingsformater og har de samme versjoner ved elektronisk informasjonsutveksling. Det er i dag frivillig å bruke de standarder som KITH har utviklet og det er heller ikke satt frister for når en bestemt standard skal tas i bruk. Det medfører at utviklingen går saktere enn ønskelig og er forsinkende for å kunne få effektiviseringsgevinster.

I dag er overgang fra papir til elektronisk kommunikasjon i stor grad frivillig og papir brukes fremdeles i stor utstrekning i sektoren. En fullstendig digitalisering av helsesektoren vil bety frigjorte ressurser i form av spart tid til fysisk arkivering og annet manuelt arbeid. Tid som brukes til behandling av papir, kan i stedet brukes på annet arbeid i form av pasientbehandling eller administrativt arbeid. Dette kan også bety høynet kvalitet på tjenestene. Kvalitative gevinster ved elektronisk kommunikasjon av meldinger er sikkerhet for at meldingene kommer fortere frem, økt nøyaktighet i registrering av opplysninger om pasienter, økt sikkerhet i forhold til personvernet og færre feil gjennom bl.a. bedre lesbarhet for mottakeren.

32.3.4 Departementets vurderinger og konklusjon

Elektronisk pasientjournal er en forutsetning for å kunne samhandle elektronisk, enten ved avlevering av opplysninger eller ved elektronisk å få tilgang til opplysninger. Departementet mener at den elektroniske informasjonsutvekslingen av pasientopplysninger må få et langt videre omfang for at helsetjenesten skal kunne realisere gevinster i form av effektivitet og økt kvalitet på helsehjelpen. Departementet erkjenner at tilpasningen må skje gradvis, men mener samtidig at tiden er inne for å klargjøre at elektronisk kommunikasjon skal være hovedregelen for utveksling av pasientinformasjon. Erfaringene fra innføringen av elektronisk sykemelding tilsier at det vil være hensiktsmessig og nødvendig å ta i bruk pålegg i lov og forskrift som virkemiddel for å kunne oppnå effektiv elektronisk samhandling innen rimelig tid.

Ettersom elektronisk kommunikasjon skal være hovedregelen for utveksling av pasientinformasjon, bør det gis lovhjemmel for at det i forskrift kan stilles krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom elektroniske pasientjournalsystemer. Dette vil kunne være aktuelt for eksempel ved forsendelse av epikriser, utskrivingsmeldinger fra sykehus til omsorgstjenesten, henvisninger og oversendelse av hele journaler ved behov. Det vil også kunne oppstå behov for elektronisk utlevering av opplysninger til pasienter og andre som ikke besitter pasientjournalsystemer. Departementet foreslår derfor å lovfeste i helseregisterloven § 6 nytt fjerde ledd at Kongen i forskrift kan fastsette at helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister skal føres og utleveres elektronisk. Forslaget er ikke ment å utvide selve adgangen til å

utlevere helseopplysninger, men åpner for å kreve at utlevering skal skje i elektronisk form. Det er derfor en forutsetning at blant annet reglene om taushetsplikt overholdes.

Plikten til elektronisk kommunikasjon vil rette seg mot virksomheter, men også mot helsepersonell i den grad disse driver egen praksis.

Departementet tenker seg at plikten til elektronisk kommunikasjon skal innføres gradvis på ulike områder. Tidspunktet for når Kongen velger å innføre plikt til elektronisk forsendelse av de ulike meldingene og rapporteringene vil for eksempel variere ut fra hvor viktig den enkelte melding anses å være, når tilfredsstillende meldingsstandarder er utviklet og hvor raskt disse rent praktisk kan implementeres i eksisterende programvare.

Det vil være behov for overgangsregler og snevre unntak for de tilfellene hvor krav om elektronisk dokumentasjon og forsendelse vil bli uforholdsmessig byrdefull, eksempelvis når en praksis er under avvikling. Overgangsordninger vil bli beskrevet nærmere i forskrift.

32.3.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

De tiltak som er forelått tar sikte på ut fra et regulatorisk ståsted å forsere digitaliseringen av helsesektoren ved å innføre plikt for helsepersonell til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon innenfor utvalgte områder.

Det var fram til 2001 krav om papirjournaler i helsetjenesten. Endringer gjennom helsepersonelloven ga helsepersonell mulighet til å føre pasientjournalen elektronisk. Bruken av elektronisk pasientjournal vil variere mellom de ulike helsepersonellgruppene. Legene har eksempelvis lenge dokumentert helsehjelpen elektronisk. En har relativt god oversikt over denne gruppens bruk av elektroniske pasientjournalsystemer og tekniske utrustning. Det forligger ingen tilsvarende oversikt over bruk av elektroniske pasientjournalsystemer for øvrige helsepersonellgrupper. Det er imidlertid grunn til å anta at de fleste helsepersonellgrupper allerede i dag dokumenterer helsehjelpen i elektroniske pasientjournalsystemer.

Elektronisk pasientjournal i elektroniske pasientjournalsystemer har etter hvert blitt vurdert som en del av kvalitetskravet til en medisinsk praksis og utøvelse av oppgaver som helsepersonell. Det har også samtidig skjedd en generell elektronisk utvikling i samfunnet som endrer forventningene til hva som anses som nødvendig basis infrastruktur for drift av en virksomhet og helsepersonells yrkesutøvelse.

Selve lovhjemmelen til å gi forskrift vil ikke i seg selv ha økonomiske og administrative konsekvenser. Konsekvensene vil først oppstå ved en forskriftsregulering og vil avhenge av hvem som forpliktes, i hvilket omfang kravet gjøres gjeldende og hvilke overgangsordninger som benyttes. En konkret vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser vil derfor måtte gjøres ved en eventuell forskriftsregulering.

Departementet ber særskilt om synspunkter fra høringsinstansene om når krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres for ulike brukergrupper og innen hvilke områder.

32.4 Forsvarlige IKT-systemer og hensynet til elektronisk samhandling

32.4.1 Gjeldende rett

De ulike virksomhetene i spesialisthelsetjenesten har i dag plikt til å sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige, jf. lov om spesialisthelsetjenester § 3-2. Dette innebærer at virksomheten må sørge for at pasientopplysninger er tilgjengelige for rett person til rett tid og at sensitive pasientdata har den nødvendige beskyttelse slik at taushetsplikt ivaretas. Hovedsystemet ved sykehusene vil som regel være sykehusets pasientadministrative system og pasientjournalsystemet. I tillegg har sykehusene ofte egne systemer for laboratorier blant annet for prøvesvar, et system for røntgen samt et eget økonomisk/administrativt system som inneholder opplysninger om lønn, regnskap og administrasjon. De systemer som er etablert eller etableres skal være i samsvar med det regelverk som til enhver tid gjelder. Sentralt her er helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt.

Kommunene er ikke uttrykkelig pålagt tilsvarende krav, men det er på det rene at også kommuner plikter å følge den til enhver tid gjeldende lovgivningen og ellers innrette virksomheten på forsvarlig måte. Helseregisterloven og personopplysningsloven stiller strenge krav til informasjonssystemene.

32.4.2 Behov for endringer

Det er ingen grunn til at det skal være ulike reguleringer av de overordnede kravene til IKT-systemene i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Reguleringen bør derfor harmoniseres.

Det fremgår av samhandlingsmeldingen og nasjonale planer og strategier for utvikling av IKT i helsesektoren at IKT er et sentralt verktøy for forebyggende arbeid og tjenesteyting. Riktig bruk av IKT kombinert med et sterkere fokus på organisasjonsutvikling og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet. Spesialisthelsetjenesten og kommunene har stor egeninteresse av og et stort ansvar for å legge til rette for en effektiv elektronisk samhandling. Det fremstår på denne bakgrunn som en mangel at et så viktig aspekt av helsetjenestens arbeidsform ikke er gjenspeilet i lovgivningen.

32.4.3 Departementets vurdering og forslag

Av hensyn til en harmonisering av lovgivningen, foreslår departementet å pålegge kommuner, og virksomheter som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, en tilsvarende plikt som spesialisthelsetjenesten til å innrette journal- og informasjonssystemene slik at de er forsvarlige. Krav om forsvarlige IKT-systemer er en utdyping av det generelle kravet til forsvarlig tjenesteyting og foreslås derfor inntatt i ny kommunal helse- og omsorgslov § 4-1.

Dersom man skal oppnå målet om en effektiv elektronisk samhandling, må spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene ta hensyn til dette

aspektet ved anskaffelse og videreutvikling av sine IKT-systemer. Departementet foreslår derfor å lovfeste at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Med dette menes for det første å ta i bruk nasjonale standarder og funksjonskrav når disse blir omforent eller fastsatt av myndighetene. Krav til standardisering bør derfor inngå i planleggingen og i anskaffelsesgrunnlaget. Det forutsettes videre at den enkelte virksomhet har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling med den øvrige spesialisthelsetjenesten og samarbeidende kommuner. Se forslag til ny lov § 4-1 og endring av spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 første ledd.

32.4.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om at kommunene skal innrette journal- og informasjonssystemene slik at de er forsvarlige, er en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett. Dette vil derfor ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

Forslaget om at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal ta hensyn til effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer vil trolig ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning. Dette fordi forslaget ikke i seg selv forutsetter investeringer i nye systemer eller oppgraderinger. Forslaget innebærer at kommunen og spesialisthelsetjenesten må orientere seg om omforente standarder, gjøre samhandling til et viktig hensyn i anskaffelsesprosesser og ha dialog med samarbeidende virksomheter. Slike prosesser vil bidra til å redusere virksomhetenes utredningsbyrde og slik underlette kommunenes og virksomhetenes arbeid.

En regulering av disse forholdene vil videre tydeliggjøre Helsetilsynets mandat til å føre tilsyn med om planleggingen og innretningen av IKT-systemene er egnet til å oppfylle de overordnede hensynene til forsvarlighet og effektiv elektronisk samhandling.

32.5 Krav til funksjonalitet og standarder

32.5.1 Behovet for standardisering

Samhandlingsreformen vil forsterke behovet for elektronisk samhandling i helsesektoren. Forutsetningen for at aktører i helsesektoren skal kunne samhandle elektronisk på en hensiktsmessig måte, er at alle parter benytter standardiserte løsninger for å få tilgang til opplysninger, dele informasjon og utveksle informasjon ved elektroniske meldinger.

Det er allerede utviklet mange standarder for elektronisk meldingsutveksling og innhold i pasientjournaler i Norge i regi av KITH. Utgangspunktet for utarbeidelse av standardene er prosesser basert på konsensus. Imidlertid vil det erfaringsmessig være slik at selv om det oppnås konsensus om innholdet i en standard, så medfører ikke dette nødvendigvis at standarden blir tatt i bruk.

Helsedirektoratets handlingsprogram Nasjonalt meldingsløft er en bred satsing på iverksetting og utbredelse av resultatet av det utviklings- og standardiseringsarbeidet som har vært gjennomført over mange år. Nasjonalt meldingsløft skal bidra til realisering av de forventede nytteeffekter av tidligere satsinger på infrastruktur og standarder for informasjonsutveksling. Det overordnede målet er bedre samhandling og sammenhengende forløp i helsetjenesten. Løsningene skal være i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur.

I meldingsløftet er det tydeliggjort at det er et stort problem at systemleverandører og systemeiere har implementert ulike meldingsformat (dollar/edifact/xml) og ulike versjoner av den enkelte melding. Både meldingsløftet og elektroniske samhandlingsløsninger er generelt avhengig av at løsningene og standardene implementeres samtidig i alle aktuelle leverandørsystemer.

EPJ-systemene har ulike tekniske forutsetninger for å håndtere de endringer som kreves av meldingsløftet. Hver enkelt applikasjon må derfor analyseres før endringer kan bestilles på et funksjonelt, teknisk og forretningsmessig fornuftig grunnlag. Eventuelt må nye systemer anskaffes. Omfanget av dette arbeidet må balanseres mot hva man kan få til i de tekniske driftsmiljøene for meldinger.

Det er klare utfordringer knyttet til at bestilleransvaret er plassert hos mange ulike kunder, dvs. de enkelte helseforetak og private praksiser. Det kan innebære manglende prioritering til utvikling av standardiserte løsninger hos leverandørene samt at implementering skjer på forskjellige tidspunkt. Erfaringer (for eksempel gjennom ELIN-prosjektene) tilsier et behov for tett oppfølging av leverandørene, både i forhold til implementering på fastsatt dato samt testing og godkjenning hos KITH.

Ettersom det er frivillig å ta i bruk en etablert standard, kan en ikke forvente at leverandørene påtar seg kostnadene ved å implementere standarden i sitt system før kundene etterspør standarden. Dette har ført til at det i dag eksisterer mange forskjellige måter å registrere f.eks. en forskrivning av legemiddel på i de ulike EPJ-systemene, noe som igjen skaper problemer dersom opplysningene skal utveksles elektronisk. Den fullstendige frivilligheten i innføring av standarder fungerer med andre ord som en betydelig barriere for samhandlingen mellom og internt i virksomheter. Det er på denne bakgrunnen behov for å gi standardiseringsarbeidet i sektoren større oppmerksomhet.

Det er nødvendig med en felles, nasjonal og standardisert samhandlingsarkitektur for å kunne kommunisere mellom ulike IKT- systemer og aktører i sektoren. En samhandlingsarkitektur er en overordnet beskrivelse av de ulike elementene som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk mellom ulike aktører eller IKT- systemer i sektoren, og hvordan elementene forholder seg til hverandre. Felles nasjonal IKT – infrastruktur vil kreve samordning av nettverk, maskinvare og programvare for alle aktørene i helsesektoren. Det krever at det skal stilles krav til å bruke fastsatt samhandlingsarkitektur for å øke graden av felles informasjonsutveksling i sektoren. Departementet mener det er viktig å arbeide videre med den etablerte samhandlingsarkitekturen. En eventuell lovendring med krav til standardisert arkitektur

vil etter departementets mening kreve en nærmere utredning og vil derfor ikke bli foreslått i dette høringsnotat.

32.5.2 Gjeldende rett

Departementet har i kraft av sitt eierskap anledning til å pålegge de regionale helseforetakene å ta i bruk felles standarder og funksjonalitet i spesialisthelsetjenesten. Pålegg om bruk av nærmere bestemte standarder og funksjonalitet til kommunale helsetjenester og andre samhandlingsparter krever imidlertid hjemmel i lov.

Helseregisterloven § 16 fjerde ledd gir hjemmel for at Kongen i forskrift kan fastsette krav til standarder og funksjonalitet for alle som behandler helseopplysninger. Bestemmelsen lyder som følger:

> Kongen kan gi forskrift om sikkerhet ved behandling av helseopplysninger etter denne lov. Kongen kan herunder sette nærmere krav til elektronisk signatur, kommunikasjon og langtidslagring, om godkjenning (autorisasjon) av programvare og om bruk av standarder, klassifikasjonssystemer og kodeverk, samt hvilke nasjonale eller internasjonale standardsystemer som skal følges.

Formålet med å gi forskrifter med hjemmel i bestemmelsen må være å ivareta "sikkerhet ved behandling av helseopplysninger". Sikkerhetsbegrepet tolkes vidt ettersom det må omfatte så vel ivaretakelse av konfidensialitet som integritet, kvalitet og tilgjengelighet for å sikre pasientens interesser.

Bestemmelsen i helseregisterloven § 16 fjerde ledd gir for eksempel anledning til å stille krav om at bestemte standarder skal følges ved registrering av opplysninger i elektronisk pasientjournal (innholdsstandarder) og ved elektronisk meldingsutveksling. Dette kan være krav til hvilke klassifikasjoner eller andre kodeverk som skal benyttes eller det kan være krav til hvilke opplysninger som alltid *må* inngå for å oppfylle formålet med registreringen, samt hvilke opplysninger som i tillegg *kan* inngå. Videre kan det stilles krav om at programvare som benyttes ved behandling av helseopplysninger skal følge bestemte standarder for å hindre uautorisert tilgang. Departementet kan også stille krav til hvilke funksjoner som de elektroniske informasjonssystemene skal ivareta og gjøre tilgjengelig for brukeren.

For behandlingsrettede registre er det i helseregisterloven § 6 tredje ledd gitt en tilsvarende hjemmel, men uten å knytte formålet opp mot sikkerhet. I henhold til bestemmelsen kan Kongen i forskrift "*gi nærmere bestemmelser om behandling av helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre, herunder om godkjenning av programvare og andre forhold som nevnt i § 16 fjerde ledd*". Elektroniske pasientjournalsystemer regnes som behandlingsrettede registre.

De to hjemlene har hittil ikke vært tatt i bruk til å pålegge funksjonskrav eller standarder. Departementets høring av sikkerhetsforskrift for tilgang på tvers av virksomheter tar imidlertid sikte på å innføre nye funksjonskrav til EPJ – systemene.

Datatilsynet fører tilsyn med helseregisterloven, jf. § 31. Ved manglende oppfølging av krav fastsatt i eller i medhold av helseregisterloven kan det gis pålegg om retting. Etterkommes ikke dette, kan det ilegges tvangsmulkt eller straff, jf. §§ 33 og 34.

32.5.3 Departementets vurderinger

Mangfoldet i helse– og omsorgssektoren tilsier at en må bruke ulike virkemidler for å digitalisere sektoren. Forhandlinger, avtaler og insentiver skal brukes i størst mulig utstrekning, men det kan også være hensiktsmessig at sentrale myndigheter pålegger krav om at helse– og omsorgssektoren bare bruker systemer som er tilrettelagt for bestemte funksjonskrav og standarder.

De fleste aktørene i helsetjenesten etterspør standardisering. KITH tilbyr en test- og godkjenningsordning, men aktørene har selv ansvar for å stille krav til leverandørene om at løsningene skal være testet og godkjent. Det har vist seg at selv om standardene er på plass, kan det ta lang tid før de er implementert og tas i bruk. Ulike standarder fortsetter å eksistere side om side fordi ny standarder ikke tas i bruk samtidig av alle aktørene.

Hovedårsaken til at det tar lang tid er at innføringen er basert på egeninteresse og en stor grad av frivillighet til å ta standardene i bruk. Dersom elektroniske løsninger skal være kostnadseffektive, og investeringskostnadene for elektronisk kommunikasjon reduseres, er det en forutsetning at alle aktuelle aktører benytter løsningene. Den samlede samfunnsøkonomiske gevinsten er avhengig av hvor raskt man oppnår full overgang til elektronisk samhandling.

Departementet vil på denne bakgrunn ta initiativ til å foreslå forskriftsfesting av sentrale funksjonskrav og standarder til IKT-systemer benyttet ved behandling av helseopplysninger. Det skal her kunne stilles krav til bruk av europeiske standarder[17], internasjonale standarder[18] og, der dette måtte være relevant for å oppnå formålet, andre åpne og anerkjente standarder, herunder også nasjonale standarder.

Som nevnt i kapitlet om gjeldende rett, er det hjemmel for forskriftsregulering av standarder og funksjonalitet for å ivareta sikkerhet. Sikkerhetsbegrepet vil i utgangspunktet være så omfattende at det neppe vil være en materiell skranke for hensiktsmessig standardiseringsregulering.

32.5.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

De økonomiske og administrative konsekvensene av å forskriftsfeste standarder vil måtte utredes i forbindelse med det enkelte forskriftsforslag.

På generelt grunnlag vil leverandørene trenge tid på å gjøre de nødvendige tilpasninger i EPJ-systemene slik at systemene følger krav i regelverket. Leverandørene vil i første hånd

[17] Standarder utarbeidet av de europeiske standardiseringsorganisasjonene CEN, CENELEC og ETSI. Ved offentlige anskaffelser har nasjonale standarder for gjennomføring av europeiske standarder forrang foran alle andre standarder, jf. forskrift om offentlige anskaffelser § 17-3.

[18] Standarder utarbeidet av de internasjonale standardiseringsorganisasjonene ISO, ITU og IEC.

bære mye av utviklingskostnadene. Virksomhetene trenger på sin side tid til å implementere nye krav gjennom tilpasninger i EPJ-systemene eller foreta nødvendig nykjøp.

Mange elektroniske meldinger på standardisert format er allerede implementert i EPJ–systemene av leverandørene. Regelverksendringen vil i liten grade påvirke kostnadsfordelingen i sektoren slik den er i dag. Leverandørene betaler i dag langt på vei for implementeringen i første omgang for så å ta det igjen ved økte avgifter på vedlikeholdet av systemene.

32.6 Sertifisering

32.6.1 Hva er sertifisering?

Sertifiseringen innebærer at det foretas en kontroll av om de krav til standarder og funksjonalitet som følger av myndighetskrav faktisk er implementert i systemene og programvaren. Dersom kontrollen er vellykket, sertifiseres programvaren eller systemet.

Første trinn i en sertifisering kan være en selvdeklarasjon der leverandøren bekrefter at alle krav som sertifiseringen omfatter, er oppfylt av produktet og eventuelt også hvordan disse er oppfylt. Deretter må representanter for sertifiseringsorganet foreta en gjennomgang av produktet for å kontrollere om kravene faktisk er oppfylt. Utgangspunktet for en slik gjennomgang vil være et sett av testkriterier som er utarbeidet på grunnlag av kravene som sertifiseringen omfatter.

En sertifisering som er foretatt av et nøytralt organ som aktørene har tillit til, skal gi tilstrekkelig trygghet for at systemet oppfyller de krav som sertifiseringen omfatter. Feil og mangler som avdekkes gjennom sertifiseringsprosessen må rettes av leverandøren før systemet blir sertifisert. Når det er etablert en sertifiseringsordning for et bestemt funksjonsområde, kan de som skal anskaffe et IKT-system, kreve at systemet skal ha en slik sertifisering fremfor selv først å måtte utarbeide detaljerte funksjonelle krav for området for deretter å verifisere at den leverte programvaren overholder kravene.

En sertifisering vil naturlig nok være knyttet opp mot den konkrete versjon av produktet som blir kontrollert. Det innebærer at sertifiseringsprosessen må gjentas for hver ny hovedversjon av produktet som leverandøren utvikler.

32.6.2 Behovet for sertifisering

Forskjellige former for sertifiseringsordninger mv. vil kunne bidra til økt bruk av standarder og eventuelt andre former for felles formaliserte krav. Dette vil bidra til reduserte feil og høyere kvalitet i den elektroniske samhandlingskjeden. Pasientsikkerhet og personvern vil nyte godt av dette.

Leverandørene vil få et konsistent sett av krav å forholde seg til, i stedet for sprikende og til dels motstridende krav fra forskjellige kunder. For oppdragsgiverne er sertifisering arbeidsbesparende ettersom man unngår at hver enkelt aktør må utvikle egne kravspesifikasjoner på de aktuelle områdene. Sertifiseringsordninger som omfatter krav

utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelser i lov eller i medhold av lov, vil også kunne gi myndighetene en større trygghet for at de aktuelle bestemmelsene blir etterlevd.

KITH har etablert en test- og godkjenningsordning for helsesektoren. Ordningen skal sikre at meldinger kan sendes på standardisert format fra avsendersystem til mottakersystem uavhengig av hvem som har levert de forskjellige systemene. Systemene testes og godkjennes for henholdsvis sending og mottak av de standardiserte meldingene. Ordningen er i dag frivillig og benyttes i varierende grad av leverandørene.

En framtidig sertifiseringsordning bør være obligatorisk, og det vil i første omgang være naturlig med en utvidelse av KITHs test- og godkjenningsordning. Sertifiseringer som fokuserer på et klart avgrenset funksjonsområde eller funksjonalitet, er å foretrekke framfor *én* sertifisering som dekker all funksjonalitet i et EPJ-system. Denne fremgangsmåten gir en sikkerhet for at visse funksjoner i et EPJ–systemet er på plass og tas i bruk i sektoren.

En utvidelse av nåværende test og godkjenningsordning vil i første rekke ta sikte på å sikre at funksjonalitet som understøtter samhandling og myndighetspålagte krav ivaretas av EPJ-systemene. Systemene skal for eksempel innholde nasjonale meldinger på standardisert format, systemene skal ha funksjoner som oppfyller bestemmelser i regelverk (tilgangsstyring, arkivering, avlevering til arkivdepot mv) og korrekt faglig innhold (inkludert korrekt bruk av kodeverk, terminologier mv), f.eks. med sikte på bedre kvalitet ved rapportering til helseregistre mv.

32.6.3 Gjeldende rett

Helseregisterloven §§ 6 tredje ledd og 16 fjerde ledd gir Kongen hjemmel til å gi forskrift om behandling av helseopplysninger. Som eksempel på hvilke krav forskriften kan inneholde nevnes ”*godkjenning av programvare*”. En sertifisering innebærer nettopp en form for godkjenning av programvare, i den forstand at det bekreftes at relevante standarder og krav til funksjonalitet er bygget inn på tilfredsstillende måte.

Med hjemmel i helseregisterloven vil således departementet kunne kreve at de som behandler helseopplysninger på utvalgte områder eller for utvalgte funksjoner kun skal benytte programvare som er sertifisert. Hjemmelen er ennå ikke benyttet.

Sanksjoner ved manglende etterlevelse er tvangsmulkt og straff, ifølge helseregisterloven.

32.6.4 Departementets vurdering

Som ledd i arbeidet med å fremme bruk av felles standarder og funksjonskrav knyttet til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger i helsesektoren ser departementet behov for i forskrift å stille krav om sertifisering av programvare for utvalgte områder.

Den frivillige sertifiseringsordningen i regi av KITH har vist seg ikke å være tilstrekkelig til å sikre en bred utbredelse av omforente standarder. Forskriftskrav om sertifisering vil imidlertid forplikte helseforetak, kommuner og øvrige offentlige og private virksomheter i helsetjenesten til å etterspørre og kreve at leverandørene leverer systemer som

tilfredsstiller de krav som sertifiseringen inneholder. Dette vil gjøre det mulig for brukere og leverandører å høste betydelige kvalitets- og effektivitetsgevinster.

Ved gjennomføring av sertifiseringer vil også uklarheter og svakheter i de standarder som ligger til grunn for sertifiseringen kunne avdekkes. For å sikre at slike erfaringer blir tatt med tilbake til standardiseringsarbeidet, vil det være fordelaktig med et nært forhold mellom de som foretar sertifiseringen og de som utarbeider standardene. Erfaring fra sertifiseringsarbeid utgjør et godt grunnlag for å lage enda bedre standarder og veiledningsmateriell.

Departementet vil på denne bakgrunn ta initiativ til å forskriftsfeste krav om obligatorisk sertifisering for, i første omgang, avgrensede funksjonsområder i programvare som benyttes ved behandling av helseopplysninger.

Boks 32.1 Eksempel:

Ved sertifisering av epj - løsninger for legekontor kan en tenke seg at en sertifiseringsordning tar utgangspunkt i noen definerte minstekrav som skal gjelde for legekontor anno 2010/2011. Eksempel på slike minstekrav i 2010/2011 kan være elektronisk innsending av sykmelding, legeoppgjør og legeerklæring, innrapportering til NPR (for avtalespesialister), innrapportering til SYSVAK og 12 basismeldinger i meldingsløftet (som er klare for utbredelse). Leverandørene blir sertifisert (får et "stempel") dersom de har utviklet og implementert denne "pakken" med krav for legekontorkorrekt. Når nye tjenester/moduler er tilgjengelige og klare for utbredelse, f.eks eResept, integrasjon med adresseregisteret, automatisk frikort, elektronisk rekvirering av pasientreiser og elektroniske fastlegelister, skal dette inngå i minstekravene for legekontor. Leverandørene må sertifiseres for hver ny tjeneste, og ved endringer i tjenestene eller ved ny versjon av systemet.

Departementet ber høringsinstansene om særskilt å kommentere følgende:

a. På hvilke områder vil det være mest hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder?
b. Hvor lang frist bør det normalt settes fra slike forskrifters vedtakelse til de trår i kraft?
c. Behovet for overgangsordninger.

Departementet legger til grunn at krav til sertifisering av programvare kan stilles med hjemmel i helseregisterloven §§ 6 tredje ledd og 16 fjerde ledd. Det er derfor strengt tatt ikke nødvendig å nevne også sertifisering i listen med eksempler på hva som kan reguleres i lov. Hensynet til å ha en så klar og forutsigbar ordlyd som mulig i loven kan imidlertid tilsi at sertifisering nevnes uttrykkelig. Dersom det skulle være ønskelig å sertifisere også annet enn programvare, vil det ha selvstendig betydning å innta sertifisering som et eget punkt i listen. Vi ber om høringsinstansenes synspunkter på om sertifisering bør nevnes uttrykkelig som en del av den ikke-uttømmende opplistingen av formål i helseregisterloven § 16 fjerde ledd.

32.6.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

En eventuell presisering av lovteksten i § 16 vil ikke innebære administrative eller økonomiske konsekvenser. Slike konsekvenser vil først kunne oppstå dersom krav om sertifisering fastsettes i forskrift. Det vil i så fall være egne høringsprosesser knyttet til forskriftsforslagene.

Dersom man i forskrift stiller krav om bruk av standardiserte og sertifiserte løsninger, må det etableres en utvidet og permanent standardiserings- og sertifiseringsordning. Tilskudd til dagens Standardiserings- og samordningsprogram (SSP) til KITH utgjør ca. 10 millioner kroner. Det anslås at en utvidelse av denne ordningen, og etablering av en sertifiseringsordning vil koste om lag 50 millioner totalt første år avhengig av hva som ønskes sertifisert. Midlene vil blant annet gå til organisasjonsutgifter ved etablering av sertifiseringsordninger og utgifter til laboratorium (oppsett + bemanning). Deretter må det påregnes årlige utgifter til drift og videreutvikling av ordningen. Departementet vil komme tilbake til finansieringen.

33 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

33.1 Innledning

Det er et mål på sikt at reglene om bruk av tvang i sosial- og helsetjenesten blir bedre samordnet enn de er i dag. Departementet har imidlertid ikke hatt kapasitet til å utrede dette nærmere, slik at forslagene i dette høringsnotatet om regulering av tvang i hovedsak innebærer en videreføring av gjeldende rett på området. Det er imidlertid nødvendig å gjøre noen mindre tilpasninger for at reglene kan videreføres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Nedenfor følger en gjennomgang av gjeldende regler i sosialtjenesteloven kapittel 4A. Det er redegjort nærmere om disse reglene fordi de på flere punkter skiller seg fra reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4A, som regulerer helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A går på sitt område foran reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4A.

33.2 Gjeldende rett

33.2.1 Generelt

Sosialtjenesteloven kapittel 4A regulerer bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Kapitlet er omfangsrikt og stiller strenge vilkår for når tvang og makt kan brukes, i tillegg til strenge krav til saksbehandling, kontroll og tilsyn. Hovedformålet er å unngå unødig bruk av tvang og makt overfor de forholdsvis få psykisk utviklingshemmede som i perioder har alvorlig utfordrende atferd. I § 4A-1 første ledd er det presisert at formålet med reglene er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Lovreglene skal gi grunnlag for å trekke grensen mellom tvang som kan godtas og uakseptabel bruk av tvang eller makt. Hovedregelen er at andre løsninger skal være prøvd før bruk av tvang vurderes. Dette betyr at kommunen har et rettslig pålegg om å unngå tvang der det er mulig. Det er en sentral utfordring for hele fagfeltet å utvikle metoder som så langt som mulig gjør bruk av tvang overflødig. I § 4A-1 andre ledd er det presisert at tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den

enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med tjenestemottakerens selvbestemmelsesrett.

33.2.2 Virkeområde

Virkeområdet for sosialtjenesteloven kapittel 4A er avgrenset på tre måter; hvilke tjenester reglene gjelder for, hvilke personer som er målgruppen, og hva som skal regnes som bruk av tvang eller makt. Etter § 4A-2 første ledd gjelder virkeområdet tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstavene a til d. I tillegg gjelder sosialtjenesteloven kapittel 4A når kommunen yter tjenester etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 4, jf. andre ledd nr. 4 og 6. Dette framgår av kommunehelsetjenesteloven § 6-10.

Reglene er avgrenset til å gjelde følgende tjenester:

a. praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemning, alder eller av andre årsaker
b. avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid
c. støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemning, alder eller sosiale problemer
d. plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til de som har behov for det på grunn av funksjonshemning, alder eller av andre årsaker
e. pleie og omsorg i hjemmesykepleie eller under opphold i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.

Sosialtjenesteloven kapittel 4A gir ikke hjemmel for tvangsmedisinering, tvungen undersøkelse og behandling av somatiske og psykiske lidelser. Reglene gir heller ikke hjemmel for bruk av tvang i skoleverket, i barnehager eller på arbeidsplasser.

Foruten avgrensning til nærmere bestemte tjenester er virkeområdet for sosialtjenesteloven kapittel 4A avgrenset til å gjelde personer med psykisk utviklingshemning. Av rundskriv IS-10/2004 framgår det at diagnosesystemet ICD-10 skal ligge til grunn for diagnostikk av psykisk utviklingshemmede. Her er det også presisert at diagnostisering i hovedsak skal stilles av spesialisthelsetjenesten, eventuelt gjennom et samarbeid med primærhelsetjenesten.

Den tredje avgrensningen gjelder hva som skal regnes som bruk av tvang eller makt. Dette er definert i § 4A-2 andre ledd: ”Som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt”. I tillegg skal bruk av ”inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger” alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet. Spørsmålet om et tiltak skal regnes som bruk av tvang eller makt etter § 4A-2, må avgjøres etter en helhetsvurdering. Definisjonen i denne paragrafen gir uttrykk for de mest sentrale punktene som må vurderes, men kan ikke anses som helt uttømmende.

33.2.3 Rett til medvirkning og informasjon – krav til forebygging

Sosialtjenesteloven § 4A-3 regulerer rett til informasjon og medvirkning. For å understreke viktigheten av brukermedvirning er det også henvist til sosialtjenesteloven § 8-4, som krever at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med tjenestemottaker, og at det skal legges stor vekt på hva tjenestemottaker mener. Både tjenestemottakeren, pårørende og hjelpeverge skal tas med på råd før kommunen treffer vedtak om bruk av tvang og makt. Det anses som sentralt for rettssikkerheten at hjelpeverge og pårørende trekkes inn i vedtaksprosessen, og at de får meldinger om bruk av tvang i enkelttilfeller. Dersom verge eller hjelpeverge ikke allerede er oppnevnt der det er aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt, skal hjelpeverge oppnevnes. Hjelpeverge og pårørende er ikke tillagt noen formell beslutningsrett, men skal ivareta tjenestemottakerens interesser under saksforberedelsen.

I § 4A-4 er det stilt krav til forebygging. Ifølge denne bestemmelsen har kommunen plikt å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt og til å gi nødvendig opplæring etter sosialtjenesteloven § 2-3, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter kapittel 4A.

33.2.4 Vilkår for bruk av tvang og makt – i hvilke situasjoner kan tvang og makt brukes?

Sosialtjenesteloven § 4A-5 regulerer vilkårene for bruk av tvang og makt. Alle vilkårene i denne bestemmelsen må være oppfylt for at det skal være adgang til å bruke tvang og makt. Hovedregelen etter første ledd er at alle andre løsninger må være vurdert og prøvd ut før tiltak etter kapittel 4A settes i verk. Dette betyr at tiltak for å hindre eller begrense vesentlig skade alltid skal forsøkes løst ved frivillighet og samarbeid med tjenestemottakeren, og at alle tilgjengelige og forsvarlige faglige tilnærminger skal være utnyttet for å unngå bruk av tvang og makt. Hvis kommunen i samarbeid med tjenestemottakeren og vedkommendes representanter ikke finner løsninger slik at den utfordrende atferden dempes eller forsvinner, må kommunen be om bistand fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen og spesialisthelsetjenesten må da gjennomgå alle faktorer som kan ha betydning for den utfordrende atferden, og endre det som er mulig å endre. Kravet om at andre løsninger skal være prøvd først, kan fravikes ”i særlige tilfeller”, og det skal i så fall gis en begrunnelse.

Etter § 4A-5 andre ledd kan tvang og makt bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. Dette vilkåret gjelder både vedtakets innhold og ved gjennomføring av tiltak. Fag og etikk vil normalt inngå i hverandre, men slik loven er utformet, er etisk forsvarlighet et selvstendig krav. Dette kan innebære at tiltak som etter en faglig vurdering er forsvarlig, ikke uten videre kan anses som etisk forsvarlig. Det må foretas en konkret vurdering av tiltaket i hver enkelt sak. Kravet om etisk forsvarlighet er utdypet gjennom vurderingskriterier i lovteksten:

”I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte tjenestemottaker. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt bare kan brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.”

I § 4A-5 tredje ledd er det presisert nærmere hvilke situasjoner tvang og makt kan anvendes i. Her er det skilt mellom tre situasjoner:

a. skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner
b. planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner og
c. tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

Bruk av mekaniske tvangsmidler som hindrer tjenestemottakerens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende er regulert særskilt i § 4A-6. Slike tiltak kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at tjenestemottakeren skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 4A-5 være oppfylt. § 4A-6 har også regler om vilkår som må oppfylles hvis en nødsituasjon gjør det nødvendig å skjerme tjenestemottakeren fra andre personer. I tillegg setter paragrafen grenser for bruk av tvang og makt ved opplærings- og treningstiltak.

33.2.5 Kommunens saksbehandling og Fylkesmannens overprøving

Når det gis adgang til bruk av tvang, må det stilles strenge krav til saksbehandlingen. Formålet med saksbehandlingsreglene er å sikre at de øvrige reglene blir fulgt.

Sosialtjenesteloven § 8-1 fastslår at forvaltningsloven gjelder med de særreglene som er gitt i sosialtjenesteloven. Dette gjelder også for kapittel 4A.

Med unntak for skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner går saksbehandlingsprosedyren i hovedtrekk ut på kommunal beslutningsrett med obligatorisk overprøving av Fylkesmannen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunen ved utforming av tiltakene.

Etter § 4A-7 første ledd skal *beslutning* om skadeavvergende tiltak i enkelttilfeller treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenester. Kommunen må ta uttrykkelig stilling til hvem som skal ha dette ansvaret. Hvis den som har det daglige ansvaret ikke er til stede, eller det ikke er tid til å vente på at vedkommende skal ta en slik beslutning, må beslutningen tas av tjenesteyteren. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglige ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge eller hjelpeverge og pårørende, eller på den måten Fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 4A-11.

Når det gjelder skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner og tiltak for å dekke grunnleggende behov, skal det treffes *vedtak*. Slike vedtak skal treffes av den som har det overordnete faglige ansvaret for tjenesten, jf. § 4A-7 andre ledd. Kommunen må peke ut hvem som skal ha dette ansvaret. Vedtak kan gjelde for inntil tolv måneder om gangen, og spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene. Kommunen må sørge for at spesialisthelsetjenesten bringes inn i saken og får de opplysningene den trenger for å bistå på en forsvarlig måte.

I § 4A-7 tredje ledd bokstavene a – i er det gitt detaljerte regler om hva vedtaket skal inneholde. Grunnen til dette er særlig at vedtaket skal gi grunnlag for de berørte partene til

å avgi uttalelse og grunnlag for Fylkesmannen til å overprøve vedtaket. Hvor utfyllende dokumentasjonen må være, vil avhenge av hvor alvorlig saken er.

Alle vedtak om bruk av tvang etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c skal overprøves av Fylkesmannen. Overprøvingen er ikke avhengig av formell klage fra vedkommende selv eller andre klageberettigede. Fylkesmannen har ved overprøvingen full kompetanse og skal prøve alle sider av saken, jf. § 4A-8 første ledd. Overprøvingen kan resultere i godkjenning, nektet godkjenning, avvisning eller omgjøring. Kommunens vedtak kan ikke iverksettes før Fylkesmannen har godkjent det. Hvis noen av de private partene klager på et vedtak Fylkesmannen har godkjent, kan heller ikke godkjenningsvedtaket iverksettes før fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har behandlet saken, jf. § 4A-7 fjerde ledd.

33.2.6 Krav til gjennomføring og evaluering

Etter sosialtjenesteloven § 4A-9 første ledd skal spesialisthelsetjenesten bistå ved gjennomføring av skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner og tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov. Spesialisthelsetjenestens ansvar og rolle gjennomgås nærmere i punkt 33.2.8. Tjenestemottakeren har rett til kvalifisert personale ved gjennomføring av disse tiltakene, og det skal være to tjenestemottakere til stede hvis ikke dette er til ugunst for tjenestemottakeren, jf. § 4A-9 andre ledd. I § 4A-9 tredje ledd er det stilt nærmere krav til personalets utdanning, men Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet. Utdanningskravet gjelder bare for den ene av de to tjenesteyterne som skal delta i gjennomføringen av tiltakene. Tiltaket skal vurderes kontinuerlig og avbrytes straks hvis vilkårene for tiltaket ikke lenger er til stede, eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvensene eller å ha uforutsette, negative vikninger, jf. § 4A-9 fjerde ledd.

Av § 4A-10 framgår det at reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder så langt de passer. Det er vurdert som nødvendig at det opprettes et eget journalsystem for tiltak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A. Dette innebærer at det må opprettes egen journal for den enkelte tjenestemottaker som faller innenfor dette regelverket, og at opplysninger om tiltak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A ikke skal føres inn i samme journal som eventuelt er opprettet i forbindelse med kommunale helsetjenester til vedkommende. For helsepersonell som yter pleie og omsorg i hjemmesykepleie eller under opphold i sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetjenesteloven, der sosialtjenesteloven kapittel 4A kan komme til anvendelse, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-10, gjelder helsepersonelloven kapittel 8 og pasientjournalforskriften fullt ut. Opplysninger om tiltak etter kapittel 4A skal da føres inn i pasientens helsejournal, på lik linje med helseopplysninger om tjenestemottakeren.

33.2.7 Klage og overprøving i tingretten

Klageadgangen er regulert i sosialtjenesteloven § 4A-11. Av første ledd framgår det at beslutning om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner kan påklages til Fylkesmannen, og

at Fylkesmannen kan prøve alle sider av saken. Både tjenestemottakeren selv, verge/hjelpeverge og pårørende har klageadgang. Siden det her gjelder en etterfølgende klage, kan klagebehandlingen ikke få betydning for allerede utførte skadeavvergende tiltak, men Fylkesmannens avgjørelse vil være retningsgivende for framtidig praksis. Fylkesmannens avgjørelse er endelig.

Kommunale vedtak som er overprøvd av fylkesmannen, kan påklages til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, jf. § 4A-11 andre ledd. Også i disse sakene gjelder klageadgangen for tjenestemottakeren, verge/hjelpeverge og pårørende, og fylkesnemnda kan prøve alle sider av saken. Det er opprettet et eget landsdekkende utvalg av sakkyndige for saker som etter sosialtjenesteloven kapittel 4A skal behandles av fylkesnemnda. Barnevernloven kapittel 7 har særlige saksbehandlingsregler som gjelder for fylkesnemnda. De fleste av disse reglene er gitt tilsvarende anvendelse for behandling av klage i tvangssaker etter sosialtjenesteloven, jf. sosialtjenesteloven § 4A-11 tredje ledd. Fylkesmannen skal etter § 4A-11 fjerde ledd forberede klagesaken etter reglene i forvaltningsloven § 33 første til fjerde ledd.

Vedtak i klagesak etter § 4A-11 kan bringes inn for tingsretten, men søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda har nektet å godkjenne kommunens vedtak. Dette framgår av § 4A-12, der det også er gitt nærmere regler om hvem som kan reise sak, frist m.m.

33.2.8 Spesialisthelsetjenestens ansvar og rolle

Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A gjelder også for spesialisthelsetjenesten når den deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 4A-7. Dette framgår av § 4A-13. Denne bestemmelsen gir spesialisthelsetjenesten kompetanse til selv å fatte vedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å bistå kommunen både ved utforming og gjennomføring av skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner og ved utforming og gjennomføring av tiltak for å dekke grunnleggende behov, jf. §§ 4A-7 andre ledd og 4A-9 første ledd. Det vil først og fremst være aktuelt med vedtak fra spesialisthelsetjenesten når det ikke foreligger et kommunalt vedtak, eller når det er behov for tiltak som ikke omfattes av det kommunale vedtaket. Dette gjelder også ved lengre opphold i døgninstitusjon under spesialisthelsetjenestens ansvar. Det kan imidlertid ikke fattes vedtak om bruk av tvang og makt etter kapittel 4A for å gi tjenestemottakeren behandling for psykiske eller somatiske lidelser.

Vilkårene for bruk av tvang er de samme for spesialisthelsetjenesten som for kommunen. Saksbehandlingsreglene i kapittel 4 A gjelder ”så langt de passer”. Dette betyr at det må gjøres tilpasninger som følge av at spesialisthelsetjenesten er vedtaksinstans og ikke kommunen. Spesialisthelsetjenesten må forholde seg til tjenestemottakeren, verge/hjelpeverge, pårørende og Fylkesmannen på samme måte som kommunen. Lovteksten avklarer ikke hvem i spesialisthelsetjenesten som skal ha kompetanse til å treffe vedtak etter kapittel 4A, slik det er gjort for kommunene. Det er imidlertid lagt til grunn at det er de regionale helseforetakene som, i avtale eller gjennom instruksjonsmyndighet, må plassere vedtakskompetansen, og at kompetansen må plasseres etter de samme prinsippene som gjelder for kommunene.

I § 4A-13 tredje ledd er det presisert at regionalt helseforetak har plikt til å sørge for at spesialisthelsetjenestene har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i kapittel 4A.

33.3 Forslag i NOU 2004:18

I NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* påpekte Bernt-utvalget at det kan være "spørsmål om ikke alle regler om bruk av tvang og makt i sosial- og helsetjenestene burde samles i en felles lov". I utvalgets lovutkast ble sosialtjenesteloven kapittel 4 A foreslått videreført med enkelte mindre språklige eller formuleringsmessige endringer. Sosialtjenesteloven § 4A-10 om dokumentasjonsplikt og journal ble ikke foreslått videreført som følge av utvalgets forslag om generelle regler om dokumentasjonsplikt for alle kommunale tjenester etter loven.

Svært få av høringsinstansene uttalte seg om utvalgets merknader og forslag til regler om bruk av tvang og makt. *Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO)* støttet at reglene om tvang og maktbruk skulle videreføres, men stilte seg skeptisk til at det kan være hensiktmessig å samle alt om tvang i en egen lov. "Etter FOs syn vil man gå bort i fra viktige prinsipper ved å frikoble lovbestemmelsene om tvang fra tjenester og forebygging, fordi disse omhandler de viktigste virkemidlene for å minimalisere tvangsbruk. En forutsetning er også at en felles lov om tvang bygger på de rettssikkerhetsgarantiene som kap 4A har innebygget – krav til forebygging. "alternative" tiltak, saksbehandling, hjelpeverge, klagerett m.m."

33.4 Departementets vurderinger og forslag

Det kan diskuteres om det er hensiktsmessig å samle reglene om bruk av tvang i sosial- og helsetjenesten i en felles tvangslov, slik Bernt-utvalget foreslo. I tillegg til reglene i kapittel 4A har sosialtjenesteloven særlige regler i kapittel 6 om bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere, jf. kapittel 34. Reglene er meget detaljerte og rettet inn mot de spesifikke gruppene som tvangen kan utøves overfor. I tillegg har pasientrettighetsloven kapittel 4A regler om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Pasientrettighetsloven kapittel 4A gjelder i utgangspunktet all helsehjelp, men undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke kan bare skje med hjemmel i lov om psykisk helsevern. Reglene i dette kapitlet er mindre detaljerte, og kapitlet har ikke like strenge vilkår og saksbehandlingsregler som sosialtjenesteloven kapittel 4A.

Uavhengig av spørsmål om reglene om tvang i helse- og omsorgstjenesten bør samles i en egen felles lov, bør disse reglene bli mer samordnet enn de er i dag. Det er et mål på lengre sikt å oppnå en samordning av de forskjellige tvangsreglene.

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har Uni Rokkansenteret utarbeidet rapporten "*Tvang overfor rusmiddelavhengige, evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*" (juni 2010). Denne evalueringsrapporten er omtalt nærmere i kapittel 34.

28. mai 2010 ble det oppnevnt et utvalg som skal vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis innen psykisk helsevern. Forholdet mellom psykisk helsevernloven, samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven og menneskerettighetene vil stå sentralt. I tillegg skal reglene om helsehjelp uten samtykke i pasientrettighetsloven kapittel 4A evalueres.

På denne bakgrunn foreslår departementet at reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A i hovedsak inntil videre beholdes uendret. Det er imidlertid foreslått enkelte mindre tilpasninger. Disse går ut på at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b skal legges til grunn i stedet for å ha særregler om hvem som skal anses som pårørende i den nye loven. I tillegg er det foreslått at begrepene "spesialisthelsetjenestene" og "de spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal søre for" erstattes med "spesialisthelsetjenesten".

33.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene i dette kapitlet innebærer en videreføring av gjeldende rett med enkelte mindre tilpasninger, jf. punkt 33.4. Departementet legger til grunn at forslaget ikke har administrative eller økonomiske konsekvenser.

34 Særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere, herunder bruk av tvang

34.1 Innledning

I kapittel 33 framgår det at det er et mål på lengre sikt å oppnå en samordning av ulike regler om tvang som gjelder i helse- og omsorgstjenesten. Departementet har imidlertid ikke hatt kapasitet til å utrede dette nærmere i dette høringsnotatet. Forslagene om regulering av tvang innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett på området. I tillegg til reglene om bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning, gjelder dette reglene om bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere. Det må imidlertid gjøres noen mindre tilpasninger for at reglene kan videreføres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere er i dag regulert i sosialtjenesteloven kapittel 6. Hjelpetiltak er regulert i § 6-1, mens de andre paragrafene i kapittel 6 regulerer bruk av tvang; vilkår for innleggelse og tilbakehold i institusjon, saksbehandling, overprøving m.m. Det er gitt en nærmere omtale av hjelpetiltak overfor rusmiddelmisbrukere i høringsnotatet punkt 12.3.9, jf. også punkt 12.6.7. Siktemålet med reguleringen av hjelpetiltak i § 6-1 er særlig å understreke behovet for at frivillige tiltak settes inn. Nedenfor blir det først redegjort for gjeldende rett og forslag i NOU 2004:18. Deretter blir enkelte funn i en nylig avgitt evalueringsrapport omtalt, før departementets vurderinger og forslag.

34.2 Gjeldende rett

34.2.1 Plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende

Etter sosialtjenesteloven § 6-1a første ledd skal sosialtjenesten ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk foreta nødvendige undersøkelser i saken og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 6-2 eller 6-2a. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette. Andre ledd i denne paragrafen gir en definisjon av hvem som skal anses som en persons pårørende.

34.2.2 Inntak og tilbakehold i institusjon uten samtykke

Sosialtjenesteloven § 6-2 regulerer tvangsinntak og tilbakehold i institusjon uten samtykke. Av forarbeidene til loven (Ot.prp. nr. 29, 1990-91) framgår det at denne bestemmelsen først og fremst omfatter de misbrukere som – på det tidspunktet det er aktuelt med et behandlingsopplegg – er så "nedkjørte" at de vanskelig kan ta standpunkt til et behandlingsopplegg. Utgangspunktet er frivillig behandling. Loven forutsetter derfor at adgangen til å plassere en rusmiddelmisbruker i institusjon med tvang bare gjelder i de tilfellene vedkommende har fått tilbud om opphold i institusjon og har avslått tilbudet eller ikke er i stand til å ta stilling til det. Hvis det blir truffet et tvangsvedtak med hjemmel i denne bestemmelsen, betyr det at rusmiddelmisbrukeren kan føres til institusjonen, eventuelt med bistand fra politiet, og at vedkommende kan hentes tilbake hvis han eller hun forlater institusjonen.

Tvang etter sosialtjenesteloven § 6-2 gjelder inntak i og tilbakehold i "institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd". Etter sistnevnte bestemmelse skal de regionale helseforetakene peke ut hvilke institusjoner i det enkelte helseforetaket som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. De regionale helseforetakene har det faglige, organisatoriske og økonomiske "sørge-for ansvaret", jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd.

Sosialtjenesteloven § 6-2 gir ikke hjemmel for særlige tvangsbehandlingstiltak, for eksempel tvangsmedisinering. Tvangen består i at rusmiddelmisbrukeren kan holdes tilbake i institusjonen mot sin vilje i opptil tre måneder. Følgende vilkår må være oppfylt:

- rusmiddelmisbrukeren må ved sitt misbruk "utsette sin fysiske eller psykiske helse for fare"
- misbruket må være "omfattende og vedvarende"
- hjelpetiltak etter § 6-1 er ikke tilstrekkelig
- den rusmiddelavhengige må tas inn i institusjon for "undersøkelse og tilrettelegging av behandling".

Samtlige av de vilkårene som framgår av § 6-2 må være oppfylt, og bestemmelsen gir bare en mulighet til å bruke tvang. Spørsmålet om bestemmelsen bør brukes, vil avhenge av de konkrete omstendighetene. I tillegg må saksbehandlingsreglene være oppfylt for at et vedtak om bruk av tvang skal være gyldig, jf. nedenfor i punkt 34.2.5. Det er også

presisert i § 6-2 at et vedtak etter denne bestemmelsen bare kan settes i verk dersom institusjonen "faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen".

34.2.3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere

Etter sosialtjenesteloven § 6-2a kan det vedtas at en gravid rusmiddelmisbruker kan holdes tilbake i institusjon utpekt av regionalt helseforetak. Dette kan gjelde i hele svangerskapet. Følgende vilkår må være tilfredsstilt:

- misbruket må være av en slik art at det er "overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade"
- hjelpetiltak etter § 6-1 er ikke tilstrekkelig.

I § 6-2a andre ledd er det presisert at inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade, og at det under oppholdet skal legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet. I tillegg er det i tredje ledd bestemt at sosialtjenesten, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned skal vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom sosialtjenesten treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

34.2.4 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke

Sosialtjenesteloven § 6-3 er hovedregelen for bruk av tvang ved behandling av rusmiddelavhengige. Bestemmelsen tar utgangspunkt i at rusmiddelmisbrukeren selv ønsker opphold i institusjon for å få behandling for sitt rusproblem. Behandling eller opplæring som er planlagt å vare over en tid, kan imidlertid være preget av faser der den rusmiddelavhengiges motivering for å fullføre behandlingen er lav. Hvis det oppstår kriser i behandlingsforløpet og vedkommende ønsker å avbryte behandlingen, gir denne bestemmelsen mulighet for å holde vedkommende tilbake i institusjonen i en periode på opptil tre uker regnet fra inntaket. Institusjonen skal i likhet med det som gjelder etter § 6-2, være utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a andre ledd.

Tilbakehold i institusjon etter sosialtjenesteloven § 6-3 kan bare skje etter samtykke fra rusmiddelmisbrukeren. Når en rusmiddelmisbruker får plass i en institusjon, kan institusjonen sette som vilkår for inntaket at vedkommende samtykker i å bli holdt tilbake i institusjonen. For at et slikt samtykke skal være gyldig må det tilfredsstille følgende krav:

- samtykket må være skriftlig
- før samtykket gis må rusmiddelmisbrukeren informeres om hva samtykket innebærer og gjøres kjent med hvor lenge han eller hun kan holdes tilbake
- samtykket må være gitt til institusjonsledelsen senest når oppholdet i institusjonen starter.

Ved opphold i institusjon med sikte på behandling eller opplæring i tre måneder eller mer, kan det også settes som vilkår at rusmiddelmisbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker

etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake, jf. § 6-3 andre ledd. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold.

Sosialtjenesteloven § 6-3 siste ledd har en særregel om samtykke fra barn og unge under 18 år. Barn over 12 år, men under 16, kan bare holdes tilbake i institusjon når både barnet og de som har foreldreansvaret, samtykker i at dette kan skje. Er rusmiddelmisbrukeren over 16 år, er det tilstrekkelig med samtykke fra vedkommende selv.

34.2.5 Saksbehandlingsregler og overprøvingsadgang

Sosialtjenesten må utarbeide forslag til tvangstiltak, jf. sosialtjenesteloven § 6-5. Av denne paragrafen framgår det at en sak etter § 6-2 og 6-2a innledes ved at sosialtjenesten utarbeider "begjæring om tiltak etter vedkommende bestemmelse". Kompetansen til å fatte vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a er lagt til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Nærmere saksbehandlingsregler for fylkesnemnda er gitt i barnevernloven kapittel 7, og i sosialtjenesteloven § 6-4 er det presisert hvilke bestemmelser i dette kapitlet som skal gjelde tilsvarende for saker etter §§ 6-2 og 6-2a. Forhandlingsmøte for disse sakene skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken.

Som nevnt i punkt 34.2.2, er det presisert i sosialtjenesteloven § 6-2 at et vedtak etter denne bestemmelsen bare kan settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket. I tillegg framgår det både av § 6-2 og § 6-2a at sosialtjenesten kan la være å sette i verk et vedtak hvis forholdene tilsier det. Dersom vedtaket ikke er satt i verk innen seks uker, faller det automatisk bort. Rusmiddelmisbrukeren kan da ikke plasseres i institusjon med hjemmel i dette vedtaket.

Sosialtjenesten har i spesielle tilfeller hjemmel for å treffe midlertidig vedtak, jf. § 6-2 fjerde ledd og § 6-2a femte ledd. Slike vedtak blir i praksis ofte omtalt som hastevedtak. Vilkårene for å treffe slike vedtak er for det første at de alminnelige vilkårene for bruk av tvang etter § 6-2 og § 6-2a er oppfylt. I tillegg er det et vilkår at de interessene disse bestemmelsene skal ivareta, "kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres raskt". Er det truffet et midlertidig vedtak, må sosialtjenesten innen to uker sende forslag om tiltak til fylkesnemnda, og fylkesnemnda må behandle saken på vanlig måte og treffe et endelig vedtak. Hvis saken ikke er sendt fylkesnemnda innen fristen, faller det midlertidige vedtaket bort.

Fylkesnemndas vedtak bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36 av den private parten eller av kommunen, jf. sosialtjenesteloven § 6-6. Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dagen den som har rett til å reise sak, fikk melding om vedtaket, men det kan gis oppfriskning etter tvisteloven mot oversittelse av fristen.

34.3 Forslag i NOU 2004: 18 - uttalelser fra høringsinstansene

Bernt-utvalget foreslo i NOU 2004: 18 at reglene i sosialtjenesteloven kapittel 6 skulle videreføres, med unntak av reglene i § 6-1 om frivillige hjelpetiltak. Utvalget mente at

denne bestemmelsen er overflødig ved siden av de generelle bestemmelsene om hjelpetiltak.

Svært få av høringsinstansene uttalte som utvalgets forslag til regulering av bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere. *Landsforbundet Mot Stoffmisbruk* uttrykte bekymring for forslaget om å fjerne sosialtjenesteloven § 6-1, og så dette som en "klar svekkelse i forhold til rettighetene til rusmiddelmisbrukere og deres pårørende". Forbundet ønsket også at regelverket skulle gi "lettere tilgang for pårørende til å ta i bruk paragrafen om tvangsmessig innleggelse" og hadde flere konkrete forslag til endringer i § 6-2. *Rusmisbrukernes Interessorganisasjon* mente på sin side at lovforslaget "vil representere en styrking av ivaretakelsen av tjenestemottakeres rettigheter, og ønsker det velkomment".

34.4 Evalueringsrapport

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har Uni Rokkansenteret utarbeidet en rapport om evaluering av reglene om tvang i sosialtjenesteloven kapittel 6;"*Tvang overfor rusmiddelavhengige, evaluering av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3"* (juni 2010). Utgangspunktet for oppdraget var å få dokumentert og belyst erfaringer med og praktiseringen av disse reglene; finne ut hvordan de blir forstått, hvordan de blir praktisert, om formålet med reglene blir oppnådd, og om dette varierer mellom kommuner og helseregioner. I sammendraget av rapporten framgår blant annet følgende:

> "Et hovedfunn fra evalueringen er at det eksisterer betydelige variasjoner i rettsanvendelsen mellom ulike kommuner, Nav-/sosialkontor og sosialarbeidere. Disse variasjonene kan kun til en viss grad forklares ved at noen kommuner og bydeler har en større andel rusmiddelmisbrukere enn andre. Viktigere forklaringer på variasjonen ser ut til å være spesialisering av tvangsarbeidet ved noen kontor, ulike holdninger og kunnskap hos den enkelte sosialarbeider, tilgang på tvangsplasser i regionene, samt sosialarbeidernes vurdering av kvaliteten på disse plassene. (…)
>
> Evalueringen viser en vedvarende høy forekomst av midlertidige vedtak. (…) Det er problematisk at lovens hovedregel praktiseres som et unntak. (…)
>
> Evalueringen viser at tilrettelegging en av tvangstilbudet i de ulike regionene er administrert og organisert forskjellig. (…) En entydig oppfatning i spesialisthelsetjenesten er at det foreligger betydelige svakheter ved tilbudet til dobbeltdiagnosepasientene, og at samarbeidet mellom rus og psykiatri ikke er godt nok utviklet i noen av regionene.(…)
>
> Undersøkelsen av de fire institusjonene som tilbyr tvangsplasser viser at samarbeidet mellom institusjon om sosialtjenester i forkant av tvangsinnleggelser er svært viktig, men at dette ikke alltid fungerer godt. (…)Variasjonene mellom institusjonene er også store.(…)
>
> Et hovedfunn er at måten tvangsinnleggelsen gjennomføres på og hvordan klientene blir behandlet i de ulike delene av tvangsprosessen, har stor betydning for opplevelsen og resultatene av tvang. Tvang kan bidra til en rekke konstruktive brudd i de rusmiddelavhengiges liv. For mange av klientene fører imidlertid tvangen til lite/ingen endring og representerer først og fremst destruktive brudd (…) Det er et stort problem med

dagens ordning at de tvangsinnlagte i så liten grad tilbys et strukturert ettervernstilbud. Strukturert ettervern bedrer resultatene av tvang. Velfungerende ansvarsgrupper og bruk av individuell plan gir gode resultater."

Rapporten innholder et eget kapittel som behandler spørsmålet om det er behov for regelendringer. Her framgår det innledningsvis at de ulike delene av evalueringen har vist at det på enkelte punkter kan være behov for en revisjon av reglene. Det er imidlertid presisert at "det store spørsmålet – om sosialtjenesteloven fremdeles skal ha regler for tvangsinnleggelse" ikke tas opp, og at premisset for gjennomgangen derfor er at dagens materielle regelverk i hovedsak består.

34.5 Departementets vurderinger og forslag

Som nevnt i innledningen til dette kapitlet og i kapittel 33, er det et mål på sikt å oppnå en samordning av de ulike reglene om bruk av tvang som gjelder i helse- og omsorgsektoren. Også evalueringen av tvangsreglene i sosialtjenesteloven kapittel 6 viser at det er behov for endringer i regelverket, men departementet har ikke hatt kapasitet til å utrede dette nærmere i dette høringsnotatet. Som nevnt i kapittel 33, er det nedsatt et eget utvalg som skal vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler om tvang i psykisk helsevern. I tillegg skal reglene om helsehjelp uten samtykke i pasientrettighetsloven kapittel 4A evalueres.

På denne bakgrunn foreslår departementet at gjeldende regler i sosialtjenesteloven kapittel 6 i hovedsak videreføres uendret. Etter departementets vurdering bør ikke sosialtjenesteloven § 6-1 videreføres. Som nevnt innledningsvis, er siktemålet med § 6-1 særlig å understreke behovet for at frivillige hjelpetiltak settes inn. I punkt 11.6.8 legger departementet til grunn at kommunene i dag har et klart ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til mennesker med rusrelaterte problemer og i forhold til konsekvenser av rusmiddelproblemene hos den enkelte og deres pårørende. Sosialtjenesteloven § 6-1 har særlige regler om at kommunen skal sørge for tjenester til mennesker med rusrelaterte problemer, men bestemmelsen gir i seg selv ikke rett til tjenester. Det foreslås ikke en særskilt lovfesting av dette, idet det legges til grunn at denne type tjenester vil falle inn under den overordnede reguleringen av helse- og omsorgstjenester i lovforslagets § 3-2 nr. 1 til nr. 6. Forslaget innebærer en tydeliggjøring av gjeldende rett, idet helsetjenester uttrykkelig omfattes. Lovforslagets kapittel 10 vil dermed hovedsakelig omhandle tiltak som pasienten eller brukeren motsetter seg.

Departementet foreslår imidlertid noen mindre tilpasninger. Disse forslagene går ut på at "sosialtjenesten" som pliktsubjekt erstattes med "kommunen". I tillegg foreslås det at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b skal legges til grunn i stedet for å ha en særregler om dette i den nye loven. Dessuten foreslås det at begrepet "klienten" erstattes med "pasienten eller brukeren".

34.6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene i dette kapitlet innebærer en videreføring av gjeldende rett med enkelte mindre tilpasninger, jf. punkt 34.5. Departementet legger til grunn at forslaget ikke har administrative eller økonomiske konsekvenser.

35 Pasient- og brukermedvirkning

35.1 Gjeldende rett

Etter helseforetaksloven § 35 følger det at regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med foretakets årlige utarbeidelse av plan for virksomheten i de kommende årene, jf. bestemmelsens første ledd. Av andre ledd følger det at regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Kommunehelsetjenesteloven inneholder ingen tilsvarende bestemmelser om pasient- og brukermedvirkning. I sosialtjenesteloven § 3-3 er det fastslått at sosialtjenesten *"bør samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som sosialtjenesten."*

35.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet forslår at det etter modell fra det som gjelder for spesialisthelsetjenesten, jf. helseforetakslovens § 35, inntas en bestemmelse i loven om pasienters og brukeres medvirkning, jf. lovforslaget § 12-3. Dette er viktig fordi det er en økende erkjennelse av at pasientenes kunnskap om helsetjenesten på tvers av fag og spesialiteter er sentralt for å skape en helhetlig tjeneste. Det er en internasjonal trend at pasienter og brukere involveres, ikke bare i individuelle behandlingsplaner, men også i diskusjon av organisering og strukturelle endringer. I tillegg er pasient- og brukermedvirkning viktig for å sikre at kommunen tilbyr de tjenester den enkelte pasient/bruker har rett til på forsvarlig måte og for pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid.

Økt brukermedvirkning er et virkemiddel for å nå samhandlingsreformens mål om bedre koordinerte tjenester. Helsetjenesten har ansvaret for at det skjer en nødvendig koordinering og samhandling mellom tjenestene. Brukerne kan bidra til å fremme samhandling med sin kunnskap og erfaring om behovet for helhet i tilbudet.

Mange kommuner har allerede satt brukermedvirkning innen helse- og omsorgstjenestene på dagsorden og iverksatt tiltak for å sikre økt brukerinnflytelse på utviklingen av tjenestene. Ved å sikre brukerinnflytelse på alle nivå, vil tilbudene utvikles i takt med brukernes behov og fokus rettes mot det som er viktigst.

Etter departementets vurdering er det nødvendig at alle kommuner har en systematisk tilnærming til å involvere pasienter og brukere i utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Den foreslåtte bestemmelsen skal sikre pasient- og brukermedvirkning også innenfor den

kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet foreslår at kommunene skal få plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste. Det foreslås også at kommunene får en plikt til å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

35.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Lovfesting av en plikt for kommunen til å sørge for pasient- og brukermedvirkning vil delvis innebære en ny oppgave for kommunen. Departementet antar imidlertid at de administrative og økonomiske konsekvensene vil være beskjedne for kommunene. Det foreslås ikke lovfestet en bestemt måte å organisere pasient- og brukermedvirkning innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vil således være opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres og hvilke systemer som må etableres for å sikre innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

36 Beredskapsarbeid

36.1 Innledning – generelt om beredskapsarbeid

De overordnede prinsippene om sektoransvar, nærhet og likhet ligger til grunn for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i Norge. Dette betyr:

- *Ansvarsprinsippet:* Den virksomheten som har ansvar for et område/tjenestetilbud til daglig har ansvaret for nødvendige forebyggende tiltak, beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser.
- *Likhetsprinsippet:* Den organisasjonen man etablerer under kriser og i krig skal være mest mulig lik organisasjonen man opererer med til daglig.
- *Nærhetsprinsippet:* En krise skal håndteres på lavest mulige operative nivå.

Departementene har ansvar for at beredskapen innenfor egen sektor er tilfredsstillende og koordinert med øvrige sektorer. Justis- og politidepartementet er utover sektoransvaret tillagt en samordningsrolle for å sikre en helhetlig og koordinert beredskap. Samordningsrollen er forankret i kgl. res. av 19. september 1994 om retningslinjer for Justisdepartementets funksjon som samordningsdepartement innen sivil beredskap. Justisdepartementet fører videre tilsyn med departementene, jf. kgl. res. av 3. november 2000 om instruks om innføring av internkontroll og systemrettet tilsyn med det sivile beredskapsarbeidet i departementene.

Formålet med helse- og sosialberedskapen er å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg samt sosiale og psykososiale tjenester i kriser og katastrofer i fredstid og i krig. Bestemmelser om helseberedskap er dels integrert i blant annet kommunehelsetjenesteloven, lov om sosiale tjenester, lov om spesialisthelsetjenester, smittevernloven og dels fastsatt i en overordnet beredskapslov, lov om helsemessig og sosial beredskap.

36.2 Gjeldende rett

36.2.1 Helselovgivningen

36.2.1.1 Kommunehelsetjenesteloven

Beredskap er en viktig del av kommunens samlede ansvar. Kommunehelsetjenesteloven § 1-5 setter krav om at kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helsetjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

I forarbeidene til lov om helsemessig og sosial beredskap som innførte plankravet, jf. Ot. prp. nr. 89 (1998-99), fremgår det at kravet gjelder all helsetjeneste herunder miljørettet helsevern. Når det gjelder miljørettet helsevern og beredskap, viser departementet til høringsnotat av i dag om forslag til lov om folkehelsearbeid hvor det er redegjort nærmere for dette. Kommunens ansvar for å ha oversikt over helseforhold og påvirkningsfaktorer jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4, omfatter også oversikt over risikofold. I dette ligger det et krav om også å ta høyde for ekstraordinære situasjoner med betydning for liv og helse.

Bestemmelsen om beredskapsplan må også sees i sammenheng med de alminnelige oppgavene som skal inngå i kommunens helsetjeneste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 5 hvor det fremgår at kommunens helsetjeneste skal sørge for hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, smnl. bestemmelsens andre ledd nr. 2 om legevaktsordning og nr. 7 om medisinsk nødmeldetjeneste.

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-6 fremgår at departementet kan påby samarbeid mellom kommuner når dette finnes påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten, og om nødvendig gi regler for dette, herunder også om fordeling av utgifter, jf. bestemmelsens første ledd.

Av bestemmelsens andre ledd fremgår at dersom forholdene tilsier det, skal helsetjenesten i en kommune yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Den kommunen som har bistandsbehovet må fremsette en anmodning om bistand. Den kommunen som mottar bistand, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, jf. tredje ledd. Det fremgår at noe annet kan avtales eller bestemmes i medhold av § 1-6 første ledd.

Også kommunehelsetjenesteloven § 3-6 vil være relevant i beredskapssammenheng. Av denne bestemmelsen fremgår at ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen, å utføre nærmere tilvist arbeid.

Videre er kommunehelsetjenesteloven 3-5 om medisinskfaglig rådgivning relevant i beredskapssammenheng. Dette gjelder spesielt bestemmelsen om at kommunelege på anmodning av departementet plikter å delta i lokal redningssentral. Departementet viser til kapittel 15 hvor kommunelegens rolle er diskutert.

36.2.1.2 Smittevernloven

Smittevernloven er på mange måter en beredskapslov for et særskilt område. I utgangspunktet er smittevernarbeidet et kommunalt ansvar både under normale forhold og under kriser. Loven har derfor bestemmelser både om det daglige smittevernarbeidet og om særskilte beredskapsforhold. Eksempelvis fastsetter den egne bestemmelser om planplikt på kommunalt nivå og for de regionale helseforetakene og den har bestemmelser om særskilte fullmakter for kommuner og sentrale helsemyndigheter til å bekjempe smittsomme sykdommer i utbruddssituasjoner.

Etter loven skal Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) overvåke den nasjonale, og delta i den internasjonale overvåkingen av den epidemiologiske situasjonen, og sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. FHI skal gi råd og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, samt til helsepersonell og befolkningen, i forbindelse med smittsomme sykdommer, smittevern, og valg av smitteverntiltak.

Helsedirektoratet skal gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter smittevernloven, medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak dekkes i forbindelse med smittsomme sykdommer. Helse- og omsorgsdepartementet har tillagt Helsedirektoratet ansvar for å sørge for at helse- og omsorgssektoren opptrer koordinert når det gjelder helseberedskap. Helsedirektoratet leder blant annet pandemikomiteen og Helseberedskapsrådet, som er samarbeidsorgan mellom helsesektoren og forsvaret for å samordne beredskapstiltak på de to sektorene.

Fylkesmannen er Helsedirektoratets regionale ledd for iverksetting av tiltak etter smittevernloven, og forvaltningen av dette regelverket.

36.2.2 Sosialtjenesteloven

Etter sosialtjenesteloven § 3-6 første ledd skal kommunen utarbeide en beredskapsplan for sin sosialtjeneste i samsvar med lov om sosial- og helsemessig beredskap. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner, smnl. kommunehelsetjenesteloven § 1-5. Det fremgår at Fylkesmannen skal føre tilsyn med at påbudet blir overholdt, jf. ovenfor under punkt 38.2.1.1.

Av sosialtjenesteloven § 3-6 andre ledd fremgår at sosialtjenesten skal gi nødvendig hjelp under ulykker eller andre akutte situasjoner. Bestemmelsen tilsvarer kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 5.

Sosialtjenesteloven § 3-6 tredje og fjerde ledd om hjelpeplikt og gjensidig bistand, tilsvarer kommunehelsetjenesteloven § 1-6 andre og tredje ledd.

Sosialtjenesteloven har imidlertid ingen bestemmelse som tilsvarer kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd om samarbeid mellom kommuner eller § 3-6 om tjenesteplikt ved ulykker.

36.2.3 Lov om helsemessig og sosial beredskap

Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å ha beredskapsplan for sin helse- og sosialtjeneste jf. § 2-2. I tillegg har sykehus, vannverk og Mattilsynet selvstendig planplikt. Tiltak følges opp i tråd med ansvar, nærhet og likhetsprinsippet.

Etter § 2-1 har den som har ansvar for en tjeneste, også ansvar for beredskapsforberedelser for den utøvende tjeneste. Etter forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid skal fylkesting og kommunestyre sørge for fastsettelse og oppdatering av beredskapsplanen, jf. forskriftens § 2.

Virksomhetene som omfattes av loven skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan medføre ekstraordinære belastninger for virksomheten. Avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak, jf. forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid § 3.

Fylkesmannen er Helsedirektoratets regionale ledd for iverksetting av tiltak etter lov om helsemessig og sosial beredskap med forskrifter, og forvaltningen av dette regelverket.

36.2.4 Annen beredskapslovgivning

I tillegg til ovennevnte lovgivning, finnes det også en rekke andre lover som inneholder bestemmelser om beredskapsplikt/-arbeid, jf. blant annet strålevernloven (§ 16), plan- og bygningsloven (§ 4-3 og § 11-8) og forurensningsloven (§ 40 og § 43). Disse bestemmelsene er mest relevante for helseberedskap etter forslag til ny folkehelselov, og departementet viser til høringsnotat av i dag om forslag til ny lov om folkehelsearbeid hvor det er redegjort nærmere for disse bestemmelsene.

36.3 Forslag i samhandlingsmeldingen

Temaet helseberedskap er ikke er omtalt direkte i samhandlingsmeldingen. Men formålet om å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, jf. § 1-1 i lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap, ligger fast.

36.4 Departementets vurderinger og forslag

Etter departements vurdering er det behov for å ha beredskapsbestemmelser i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet foreslår derfor å videreføre dagens bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. For øvrig vil departementet understreke at der beredskap er regulert i spesiallovgigning, vil spesiallovgivningen primært måtte legges til grunn. Dette gjelder for eksempel smittevern etter smittevernloven.

Som beskrevet ovenfor inneholder dagens kommunehelsetjenestelov en bestemmelse i § 1-5 om plikt til å ha beredskapsplan for sin helsetjeneste. Tilsvarende følger av sosialtjenesteloven § 3-6 første ledd. I lovforslagets § 5-2 foreslår departementet å videreføre en plikt for kommunen til å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og

omsorgstjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Videre foreslår departementet å videreføre kravet om at planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Kommunens ansvar for beredskapsplanlegging i loven må også sees i sammenheng med kommunens oppgaver etter lovforslagets kapittel 3 om kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester, jf. blant annet lovforslagets § 3-4 om at kommunen til enhver tid skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen. I kommunens vurdering av sine helseutfordringer ligger det implisitt et krav om å vurdere forhold av beredskapsmessig karakter.

Når det gjelder kommunehelsetjenesteloven § 1-6 og sosialtjenesteloven § 3-6 tredje og fjerde ledd, viser departementet til høringsnotatets punkt 24.4.2 hvor det fremgår at departementet foreslår å videreføre disse bestemmelsene i form av lovforslagets § 6-1.

Kommunehelsetjenesteloven § 3-6 om at kommunen ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter kan pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen å utføre nærmere tilvist arbeid, foreslås videreført i lovforslagets § 5-3. Tilsvarende bestemmelse er ikke inntatt i sosialtjenesteloven og som det vil fremgå foreslår departementet at lovforslagets § 5-3 kun skal rette seg mot helsepersonell.

36.5 Administrative og økonomiske konsekvenser

Lovforslagets § 5-2 om kommunens plikt til å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste, samt krav om at planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner, og lovforslagets § 5-3 om at kommunen ved ulykker og andre akutte situasjoner kan pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen å utføre nærmere tilvist arbeid, er videreføring av gjeldende rett. Forslagene vil dermed ikke innebære administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunen sammenlignet med dagens situasjon.

37 Politiattest

37.1 Innledning

I hvilke tilfeller og til hvilke formål det kan eller skal kreves politiattest følger dels av lov og forskrift om strafferegistrering og dels av særlovgivningen. Det har i de senere årene vært vedtatt krav om politiattest i flere lover. Blant annet ble det i 2007 vedtatt en ny bestemmelse i helsepersonelloven og sosialtjenesteloven vedrørende politiattest. Formålet er å forhindre at personer som er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for seksuelle overgrep mot barn eller utviklingshemmede, kan komme i slik kontakt med barn eller utviklingshemmede at muligheten til å begå nye seksuelle overgrep er tilstede. For en grundigere gjennomgang av kravet til politiattest viser departementet til Ot. prp. nr. 86 (2005-2006) Om lov om endringar i helsepersonelloven, sosialtjenesteloven og i enkelte andre lover.

37.2 Gjeldende rett

37.2.1 Kommunehelsetjenesteloven

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 3-1 at kommunen skal innhente politiattest fra helsepersonell i samsvar med helsepersonelloven § 20a. Sistnevnte bestemmelse krever at helsepersonell som skal yte tjenester til barn eller utviklingshemmede skal fremlegge politiattest ved tilbud om stilling, ved inngåelse av avtale etter kommunehelsetjenesteloven § 4-2 første ledd. Det samme gjelder ved inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, samt ved melding om åpning, overtredelse og inntreden i privat virksomhet, jf. helsepersonelloven § 18. Plikten omfatter likevel ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

Det følger av Ot. prp. nr 86 (2005-2006) s. 45 i merknadene til helsepersonelloven § 20a første ledd at begrepet stilling skal forstås vidt og omfatter arbeid, tjeneste, jobb, vikariat etc. både i offentlig og privat virksomhet. Det avgjørende for om politiattest skal kreves eller ikke, er om vedkommende i sin utøvelse av tjeneste vil kunne komme i en situasjon med barn eller utviklingshemmede der en seksualforbrytelse kan finne sted.

Det fremgår av nevnte forarbeider at ordlyden ”ved tilbud om” sikter til at kravet bare omfatter vedkommende personell som man faktisk gir tilbud til. Likevel presiseres det at det allerede ved utlysningsteksten bør fremgå at politiattest vil bli avkrevd, slik at søker er kjent med kravet. Selve fremleggelsen av politiattesten skal imidlertid først skje når vedkommende har fått et tilbud og akseptert dette. Tilsvarende gjelder ved inngåelse av driftsavtale med kommunen.

Når det gjelder begrepet helsepersonell er dette definert i helsepersonelloven § 3. Det følger av helsepersonelloven § 5 at helsepersonelloven kan overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Det fremgår av forarbeidene til § 20a at dersom helsepersonell overlater til medhjelper å yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemming, som innebærer at hjelperen vil kunne komme i en situasjon med barn eller utviklingshemmede der en seksualforbrytelse kan finne sted, gjelder kravet om politiattest også for medhjelperen.

Av annet ledd i helsepersonelloven § 20a fremgår at politiattesten skal vise om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller er dømt for brudd på straffeloven §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204a. Attesten skal være uttømmende og ikke eldre enn tre måneder. Det innebærer at det ikke er noen tidsbegrensning bakover i tid, og at også eventuelle mildere straffedommer fremgår av attesten. Det presiseres imidlertid i forarbeidene at en siktelse eller tiltale bare skal tas med så lenge straffesaken ikke er avgjort.

I tredje ledd fremgår det at den som er ilagt forelegg eller dømt for overtredelser som nevnt i annet ledd, er utelukket fra å yte helsehjelp til barn eller personer med utviklingshemming.

37.2.2 Sosialtjenesteloven

Det følger av sosialtjenesteloven § 8-10 første ledd at kommunen eller annen arbeidsgiver skal kreve politiattest fra den som ansettes i en stilling som innebærer tjenesteyting til barn eller personer med utviklingshemming. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

Det følger av Ot. prp. nr. 86 (2005-2006) s. 46 at begrepet stilling skal forstås vidt og omfatter arbeid, tjeneste, jobb og vikariat etc. både i offentlig og privat virksomhet. Det avgjørende for om politiattest skal kreves eller ikke, er om vedkommende i sin utøvelse av tjenesten vil kunne komme i en situasjon med barn eller utviklingshemmede der en seksualforbrytelse kan finne sted.

Det følger av annet ledd at politiattesten skal vise om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller er dømt for brudd på straffeloven §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204a. Attesten skal være uttømmende og ikke eldre enn tre måneder. Det vil si at attesten skal være uttømmende. Det følger av forarbeidene at en siktelse eller tiltale bare skal tas med så lenge straffesaken ikke er avgjort.

I tredje ledd fremgår det at den som er ilagt forelegg eller er dømt for overtredelser som nevnt i annet ledd, er utelukker fra å utføre arbeid eller oppgaver som er omhandlet i denne bestemmelsen.

37.3 Departementets vurderinger

Redegjørelsen ovenfor viser at krav til fremleggelse av politiattest for personell som yter tjenester til barn eller utviklingshemmede, gjelder tilsvarende i kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten. Det kan likevel stilles spørsmål om regelverket er noe snevrere for sosialtjenesten ved at bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 8-10 kun bruker begrepet ”ansettelse”, i motsetning til helsepersonelloven som også nevner privat virksomhet. Departementet mener imidlertid at kravet om politiattest også vil gjelde for privat virksomhet i sosialtjenesten. Det kan vises til uttalelse i Ot.prp. nr. 86 (2005-2006) s. 23 hvor det uttales at:

> ”Departementets forslag innebærer at arbeidsområdet og oppgavene dette medfører må vurderes konkret for hver enkelt stilling eller ansettelsesforhold. Det vil være et arbeidsgiveransvar å foreta en slik vurdering. Dersom arbeidsgiver, offentlig eller privat, mener at stillingen innebærer at helse- og sosialpersonell kan komme i situasjoner hvor det kan foretas overgrep, skal det innhentes politiattest”. (Vår understrekning)

Departementet mener uttalelsen viser at kravet om politiattest vil gjelde både for ansettelse i offentlig og privat virksomhet også for sosialtjenesten, og følgelig at regelverket er harmonisert for helse- og sosialtjenesten. Departementet vil foreslå å

videreføre kravet til politiattest for personell som skal yte helse- og omsorgshjelp til barn eller personer med utviklingshemming i ny kommunal helse- og omsorgslov.

Det har oppstått spørsmål om for eksempel støttekontakt, avlastningspersoner og lignende tjenesteytere som gis oppdrag av kommunen er omfattet av bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 8-10. Disse funksjonene utføres i mange tilfeller ved at kommunen gir oppdrag til vedkommende som skal utføre tjenesten, og det inngås en kontrakt mellom partene. Ordlyden i bestemmelsen tilsier at det kun er tale om krav til politiattest ved ansettelse i kommunen, og ikke når en utfører oppdrag for kommunen. Med andre ord at disse tjenesteyterne som kun inngår en kontrakt med kommunen om utførelse av oppgaver ikke er omfattet av bestemmelsen.

Selv om støttekontakt, avlastningspersoner og lignende tjenesteytere som kun inngår en kontrakt med kommunen om utførelse av oppgaver, ikke naturlig faller inn under ordlyden, mener departementet at begrepet ansettelse må ses i sammenheng med uttalelsene i forarbeidene om begrepet "stilling". Det uttales at begrepet skal forstås vidt og omfatter arbeid, tjeneste, vikariat etc. både i offentlig og privat virksomhet. Uttalelsen viser at også privat virksomhet er ment å være omfattet av bestemmelsen. Private aktører som yter helsetjenester på vegne av kommunen er ikke å regne som ansatte, men forholdet blir normalt regulert gjennom en kontrakt. I forarbeidene til bestemmelsen er det også uttalt at:

> "Bestemmelsen pålegger kommunen eller annen arbeidsgiver å kreve uttømmende politiattest fra sosialpersonell som skal yte tjenester til barn eller utviklingshemmede ved tilbud om stilling" (Vår understrekning)

Departementet mener at dette viser at kravet om politiattest ikke er ment å kun gjelde ved ordinære ansettelser, men i alle tilfeller hvor personell skal yte tjenester til barn eller utviklingshemmede på vegne av kommunen. Formålet må også veie tungt ved tolkningen av bestemmelsen. Det fremkommer av forarbeidende at det avgjørende er å forhindre at personer som er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for seksuelle overgrep mot barn eller utviklingshemmede kan komme i slik kontakt med barn eller utviklingshemmede at muligheten til å begå nye seksuelle overgrep er tilstede. Likevel vil departementet, for å rydde unna tvil om bestemmelsen gjelder også for oppdrag som støttekontakt, avlastere og lignende tjenesteytere endre ordlyden i bestemmelsen slik at det kommer klart frem at også disse er omfattet av kravet. Kravet til politiattest skal gjelde enhver som yter tjenester til barn eller utviklingshemmede enten de er ansatt i kommunen eller er private som yter tjenester på vegne av kommunen. Eneste begrensningen i kravet til politiattest er dersom det er tale om personell som kun sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming. For disse vil kravet om politiattest ikke gjelde.

Som følge av kommunehelsetjenestelovens § 4-1 første ledd ikke videreføres i ny kommunal helse- og omsorgslov, må helsepersonelloven § 20a første ledd endres. Dette vil likevel kun være en språklig endring, som ikke endrer rettstilstanden.

37.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Lovforslaget er en videreføring av gjeldende rett, men presiserer at bestemmelsen gjelder også for tjenesteytere som gjør oppdrag for kommunen uten å være ansatt enten i kommunen eller i en privat virksomhet. Departementet mener derfor at det ikke er knyttet økonomiske og administrative konsekvenser til forslaget.

38 Andre temaer og forslag

38.1 Pasientforløp i spesialisthelsetjenesten – behov for lovendringer?

38.1.1 Innledning

En sentral målsetting med samhandlingsreformen er at pasienter skal sikres et godt pasientforløp uansett om behandlingen gis av kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten eller fra begge nivåene. Et godt pasientforløp innebærer blant annet at pasienten får rett helsehjelp, på rett sted, til rett tid. Pasienter skal ikke uten medisinsk grunn måtte vente urimelig lenge på nødvendige undersøkelser og behandling.

Departementet er opptatt av at det regelverket vi har skal understøtte og bidra til gode og forsvarlige pasientforløp. Vi er i tvil om gjeldende regelverk er godt nok eller om det bør endres slik at det understøtter gode pasientforløp på en bedre måte. Departementet foreslår ingen lovendring i dette høringsnotatet i forhold til de problemstillinger som drøftes i dette punkt 38.1, men vi ber om høringsinstansenes synspunkter på de problemstillingene som reises.

38.1.2 Bakgrunn

Under Stortingets behandling (2003-2004) av endringer i pasientrettighetsloven uttrykte komiteen bekymring for *"unødig byråkratisering som ikke er til det beste for pasienten"* (Innst. O. nr. 23 2003-2004 s. 6). Rettsregler er ikke alltid et egnet eller tilstrekkelig virkemiddel for å løse utfordringer i helsetjenesten. På den annen side er det mange som har en forventning om at regelverket kan bidra til å løse problemene.

Departementet har mottatt henvendelser som gir inntrykk av at flere i helsetjenesten er usikre på hvordan reglene om vurderingsfrist og frist for nødvendig helsehjelp i pasientrettighetsloven skal praktiseres, og at det har blitt et noe ensidig fokus på å oppfylle den konkrete juridiske fristen fremfor å sørge for et godt og forsvarlig pasientforløp.

I tillegg har tilsyn og tilsynssaker vist at det i helsetjenesten forekommer uforsvarlige brudd i pasientforløpet. Helsetilsynet utga i mai 2010 en rapport om risikobildet for norsk kreftbehandling. Rapporten konkluderer med at den viktigste risikofaktoren i kreftbehandling antas å være forsinkelser i diagnostikk på ulike nivåer. Helsetilsynet mener at unødig ventetid, svikt i selve informasjonsutvekslingen og dårlig koordinering antas å bidra på ulike måter til forsinkelsene. Rapporten omtaler dette som svikt i utredningslogistikk.

Påviste avvik i pasientforløp fremkommer også av Helsetilsynets oppsummering i rapport 3/2010 av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetjenester ved distriktspsykiatriske senter (DPS).

Helsetilsynet peker også på at tilsyn har vist at pasienter påføres en urimelig belastning ved at det tar for lang tid å vente på prøvesvar. Det vises til Helsetilsynet i Hordalands tilsynsrapport 14. juli 2010 *"Utgreiing, diagnostikk og logistikk ved brystkreft– Helse Bergen HF, Haukeland Universitetsklinikk 2010."* Et avvik som ble avdekket under tilsynet var at pasienter ble påført en urimelig belastning ved at det tok for lang tid å få svar på vevsprøver fra patologisk avdeling. Videre har Helsetilsynet opplyst om erfaringer fra tilsynssaker som reiser tvil om pasienter med mistanke om livstruende og alvorlig sykdom har fått oppfylt sin rett etter pasientrettighetsloven til å bli raskere vurdert enn andre.

Departementet kan ikke utelukke at forsinkelse i diagnostikk og unødige forsinkelser i behandlingsforløp også forekommer under utredning og behandling av andre sykdomstilstander enn kreft.

38.1.3 Nærmere om regelverket – behov for lovendringer?

Forsvarlighetskravet i pasientrettighetsloven § 2-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 setter en grense for når pasienter senest skal få helsehjelp. Hva som er forsvarlig skal alltid bero på en helsefaglig vurdering. Av kravet til forsvarlighet kan man også utlede at pasienter under utredning og behandling ikke skal måtte vente unødig lenge på for eksempel prøvesvar og ulike behandlingstiltak dersom dette fører til at behandlingen blir uforsvarlig.

Helsetjenestens plikt til å yte forsvarlig helsehjelp gjelder som kjent under hele pasientforløpet, også etter fristen er utløpt og rettigheten innfridd. Forsvarlighetskravet setter en nedre grense for hvor lenge pasienten skal måtte vente på ulike utrednings- og behandlingstiltak. Hvordan et pasientforløp skal arte seg skal med andre ord bygge på en helsefaglig vurdering av hva som er forsvarlig både når det gjelder utredning, behandling og oppfølgning som en helhet.

Pasientrettighetsloven inneholder bestemmelser som også skal bidra til å sikre et godt behandlingsforløp for pasientene. Hovedregelen i pasientrettighetsloven § 2-2 om vurderingsfrist går ut på at alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten imidlertid rett til raskere vurdering. Når det gjelder barn og unge med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet er det med hjemmel i bestemmelsen gitt en forskrift som gir rett til vurdering innen 10 virkedager etter at henvisning er mottatt.

Alle pasienter som henvises skal også få informasjon om når eventuell helsehjelp ventes å bli gitt. Det skal også vurderes om pasienten oppfyller vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp (prioritert helsehjelp) etter pasientrettighetsloven § 2-1 og i så fall fastsettes en frist for oppfyllelse av denne rettigheten.

Hovedformålet med reglene er å sikre:

- alle pasienter som henvises rask tilgang til spesialisthelsetjenesten
- rask tilbakemelding til alle henviste pasienter og primærlege om hvordan problemet blir tatt hånd om
- sikre oppfyllelse av rett til prioritert helsehjelp for pasienter som har rett til dette

Forarbeidene til loven slår fast at vurderingsretten ikke uten videre innebærer en rett til å få stilt en diagnose innen 30 dager. Dette vil i en del tilfelle ikke være medisinsk mulig.

For å kunne fastsette endelig diagnose og behandlingsforløp må pasienter i dag ofte først utredes i spesialisthelsetjenesten. Dette har blant annet sammenheng med den medisinske utvikling hvor elimineringsmetoder er blitt mer fremtredende. I mange tilfelle, for eksempel på kreftområdet, er utredningen en prosess hvor en plan om hvilke prøver/undersøkelser som skal gjøres og hvilken behandling som skal gis; kan endre seg underveis. Det er ofte ikke mulig på et så tidlig stadium som ved vurderingen av henvisningen med eventuelle tilleggsopplysninger å forutse hvilken diagnose pasienten har og hva slags behandling/helsehjelp som skal gis. I slike tilfelle vil det kun være mulig innen vurderingsfristen å bestemme hvor og når selve utredningen av pasienten senest skal starte.

Det finnes selvsagt også tilfeller der pasienten kan tas inn til behandling i spesialisthelsetjenesten uten behov for ytterligere utredning. Det kan likevel reises spørsmål ved om ordlyden i vurderingsbestemmelsen er dekkende nok i forhold til det som er praktisk mulig for en del av henvisningene hvor det kreves ytterligere utredning.

Regelverk bør samsvare med den praktiske virkelighet i helsetjenesten og bidra til gode og forsvarlige pasientforløp. Regelverk kan ikke og skal ikke erstatte de helsefaglige vurderingene. Hvordan et pasientforløp arter seg varierer, og det er utfordrende å lage et regelverk som passer for alle de ulike pasientforløpene.

Det kan reises spørsmål ved om dagens vurderingsfrist på 30 dager er for lang. Alle henvisninger må, uavhengig av hvor lang vurderingsfristen er, vurderes helsefaglig umiddelbart ved innkomst for å kunne identifisere pasienter som har rett til raskere vurdering (mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, barn og unge med psykiske lidelser/rusmiddelavhengighet). Videre skal en god henvisning i utgangspunktet være tilstrekkelig for å kunne vurdere om pasienten er rettighetspasient og når pasienten eventuelt skal innkalles for nærmere utredning eller behandling. Vurderingsfristens lengde på 30 dager kan med andre ord i seg selv føre til at henvisninger blir liggende unødig lenge dersom helseforetakene venter med vurderingen til fristens utløp nærmer seg. Dette vil igjen kunne innebære at pasienter må vente unødig lenge.

Det vises i den forbindelse til en studie fra Rokkansenteret og Universitetet i Bergen; *Januleviciute, Askildsen, Holmås. Kaarbøe, Sutton, "The Impact of Different Prioritisation Policies on WaitingTimes: A Comparative Analysis of Norway and Scotland"*. Studien viser at innføring av individuell frist for helsehjelp for de mest prioriterte pasienter i Norge ikke har bidratt til redusert ventetid, men først og fremst en

reduksjon i ventetid for lavere prioriterte pasienter. Studien publiseres i notatserien til Helseøkonomi Bergen i løpet av høsten 2010.

Departementet ber om høringsinstansenes vurdering av om den generelle vurderingsfristen bør være kortere enn 30 dager for alle henvisninger (for eksempel 10 virkedager) eller om en kortere frist eventuelt bare bør gjelde for enkelte pasientgrupper. Samtidig ber vi om høringsinstansenes vurdering av om ordlyden i bestemmelsene skal endres slik at det kommer klart frem at den individuelle frist som settes for (prioritert) nødvendig helsehjelp i noen tilfeller kan være tidspunktet for innkalling til utredning og ikke nødvendigvis tidspunktet for selve behandlingen.

Departementet har vurdert om det bør gis bestemmelser om plikt til å utarbeide en behandlingsplan for pasienten. Departementet er imidlertid usikker på om en slik bestemmelse vil være hensiktsmessig da pasientforløp kan arte seg svært ulikt. En slik plan vil kunne være egnet for noen pasientforløp, men ikke for andre. Med tanke på den nevnte debatten om "byråkratisering" i Stortinget kan det også reises spørsmål ved om ytterligere regelverk er rett virkemiddel. Det vises til at vurderingen av hvordan en pasient skal følges opp først og fremst er en helsefaglig vurdering og at spesialisthelsetjenesteloven allerede pålegger helsetjenesten å etablere systemer som sikrer at det ytes forsvarlige helsetjenester basert på helsefaglige vurderinger. Det at fastsatt frist etter pasientrettighetsloven oppfylles, fritar med andre ord ikke spesialisthelsetjenesten fra å sørge for at helsehjelpen i det videre pasientforløp er forsvarlig og at det ikke skjer uforsvarlige brudd i pasientforløpet. Det vises også til høringsnotatets punkt 19.2.2 hvor det blant annet foreslås en presisering i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om at plikt til forsvarlighet også innebærer at den enkelte pasient gis et helhetlig og integrert helsetjenestetilbud.

Departementet er opptatt av at det regelverket vi har skal understøtte og bidra til gode og forsvarlige pasientforløp. Departementet er i tvil om gjeldende regelverk er godt nok eller om det bør endres slik at det understøtter gode pasientforløp på en bedre måte. Departementet foreslår ingen lovendring i dette høringsnotatet i forhold til de problemstillinger som drøftes i dette kapittelet, men ber imidlertid om høringsinstansenes synspunkter på problemstillingene som reises.

38.2 Forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven om tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister

38.2.1 Innledning

Departementet sender med dette også på høring et forslag om endring i spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 siste ledd som vil gi departementet en uttrykkelig hjemmel til i forskrift å regulere kriteriene for tildeling og hvordan prosessen ved skal gjennomføres.

38.2.2 Gjeldende avtale- og regelverk for tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a skal de regionale helseforetakene sørge for at det tilbys spesialisthelsetjenester innen helseregionen. Tjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 om legefordeling at departementet årlig kan fastsette antall nye spesialiststillinger innen hver av spesialitetene og antall nye hjemler for avtaler om drift av privat spesialistpraksis som kan opprettes. I praksis skjer departementets fordeling av nye stillinger i form av en rammefordeling som formidles i oppdragsdokumentet, med øvrige styringskrav. Det tilligger de regionale helseforetakene å vurdere hvordan stillingene skal benyttes og fordeles, innenfor den tildelte ramme i samsvar med gitte styringssignaler.

De regionale helseforetakenes tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister er regulert i henholdsvis *Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening* og *Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Norsk psykologforening om spesialistpraksis i klinisk psykologi*.

Målet med søknadsprosessen er å finne frem til den søkeren som etter en samlet vurdering er best egnet til å utføre de oppgaver som er lagt til avtalehjemmelen. Tildeling av avtalehjemmel er ikke en ansettelse, men må likevel bygge på en vurdering som i det vesentlige er lik den som gjelder ved tilsettinger, dvs. en kvalifikasjonsvurdering. Kvalifikasjonsprinsippet er et ulovfestet forvaltningsrettslig prinsipp hvor den best kvalifiserte søker plukkes ut etter en skjønnsmessig helhetsvurdering med utgangspunkt i kvalifikasjonskravene som er fastsatt i kunngjøringsteksten, samt eventuelle lov- og avtalefestede krav. Sentrale momenter i vurderingen av søkerne vil være utdanning, praksis og personlig egnethet.

Det følger av § 3.4 i de to rammeavtalene at avtalepartene er enige om at tildeling av avtalehjemmel er å anse som enkeltvedtak i henhold til forvaltningsloven. Forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak kommer derfor til anvendelse.

Etter helseforetaksloven § 5 gjelder forvaltningsloven for de regionale helseforetakenes virksomhet. Departementet er klageinstans for enkeltvedtak truffet av de regionale helseforetakene.

38.2.3 Departementets vurdering og forslag

På bakgrunn av erfaring med behandling av denne typen klagesaker, ser departementet behov for i forskrift å regulere kriteriene for tildeling og hvordan prosessen ved tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister skal gjennomføres. Departementet mener at en slik forskriftsregulering vil kunne bidra til en god og mer effektiv saksbehandling, samt sikre en likeartet praksis i hele landet. Hensynet til søkernes rettsvern er vektlagt. Forskriften vil erstatte departementets midlertidige retningslinjer nedfelt i departementets brev til landets regionale helseforetak av 25. februar 2009.

Departementet legger til grunn at forslaget ikke vil medføre økonomiske eller administrative konsekvenser.

Etter dette foreslår departementet å endre spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 fjerde ledd ved at det som nytt andre punktum inntas hjemmel for at departementet ved forskrift kan gi nærmere regler for tildeling av avtalehjemmel til lege- og psykologspesialister.

I Nasjonal helseplan (2007-2010) varslet departementet en omlegging av avtalespesialistenes rammebetingelser. Arbeidet har vist seg mer komplisert enn først antatt, men departementet tar sikte på å sende ut et høringsnotat om saken høsten 2010. Departementet vil i nevnte høringsnotat vurdere en forskriftshjemmel om nasjonale kvalitets- og funksjonskrav som gjelder avtalespesialistene.

38.3 Justering av helsepersonellovens definisjon av "helsehjelp"?

Som nevnt i punkt 7.2 foreslår departementet å endre helsepersonellovens definisjon av "helsehjelp", jf. § 3 tredje ledd, slik at denne definisjonen blir likelydende med definisjonen av "helsehjelp" i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c.

38.4 Flytting av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet

38.4.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2005 en arbeidsgruppe med representanter fra Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Kontaktforum for brukerne i spesialisthelsetjenesten, Den norske legeforening, Norsk Sykepleierforbund og professor dr. med. Peter F. Hjort.

I rapport av 7. april 2006 konkluderte arbeidsgruppen med at selv om vi i Norge har mange meldesystemer for uønskede hendelser i sykehus, er det

> "ingen nasjonalt overgripende uavhengig enhet som systematisk bidrar til å avdekke risikoområder og årsakene til disse. I liten grad foreligger det årsaksanalyser, "varsel-meldinger" og læringstiltak som understøtter helsetjenestens bestrebelser på å lære av feil, slik at praksis blir endret …"

Arbeidsgruppen vurderte at det ikke lå til rette for noe nytt nasjonalt meldesystem, men at man skulle anvende informasjon fra eksisterende meldesystemer, og foreslo å opprette et nasjonalt senter for pasientsikkerhet som skulle ha som formål

> "å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser. Et uavhengig senter for trygge tjenester skal drive pedagogisk innsats og ikke drive kontroll, tilsyn eller iverksette tiltak som ligger til ansvarlige myndigheter."

Arbeidsgruppen uttalte videre:

”Meldinger og rapporter som tilflyter et nytt nasjonalt senter for pasientsikkerhet må [derfor] være konfidensielle, med pseudonym eller mulighet for anonymitet.”

Gruppen uttalte også at meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 ikke samsvarer helt med internasjonale anbefalinger når det gjelder koblingen mot negative sanksjoner og konfidensialitet, og den foreslo å revurdere denne meldeordningen dersom det ikke lar seg gjøre å oppfylle internasjonale anbefalinger innenfor dagens lovgivning. Arbeidsgruppens forslag ble langt på vei videreført i Nasjonal helseplan 2007-2010.

Det vises til Nasjonal helseplan 2007-10 kapittel 6.4.1 Strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering, side 285, hvor det heter:

”Det er behov for større erkjennelse av at feil skjer, samt større åpenhet om utilsiktede hendelser og nesten-hendelser. For å understøtte helsetjenestens arbeid med dette, foreslår departementet at det etableres en nasjonal enhet for pasientsikkerhet fra 1. februar 2007.”

Det heter videre:

”Sentralt i oppbyggingen av enheten blir å kartlegge og sikre seg at informasjonsinnhenting og innmeldinger til enheten gir tilstrekkelig grunnlag for å avdekke risikoområder og årsakene til disse. Det tas sikte på at enheten primært innhenter informasjon fra eksisterende meldeordninger lokalt, regionalt og nasjonalt, herunder de lovpålagte meldeordningene i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og helsepersonellovens § 17, samt regionale meldesystem som er i ferd med å etableres i flere regionale helseforetak, men at det er viktig at supplerende innmeldinger som er nødvendige for å realisere enhetens formål, blir iverksatt.”

På grunn av manglende lovhjemler har Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ikke fått tilgang til de data som var forutsatt i Nasjonal helseplan – dette omtales spesielt under punkt 16.3.

Helse Sør-Øst RHF har i brev til Helse- og omsorgsdepartementet datert 14.07.2009 foreslått å flytte meldeordningen iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til en uavhengig enhet. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten foreslo i brev til Helse- og omsorgsdepartementet datert 23.10.2009 at meldeordningen burde flyttes dit.

I to interpellasjoner i Stortinget våren 2010 er spørsmål rundt avviksregistrering, meldekultur og pasientsikkerhet besvart av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. Dette gjelder interpellasjon nr. 75 (2009-2010) - spørsmål fra Anne June Iversen (FrP) om at antallet avvik i pasientforløp er foruroligende høyt, og om statsråden er åpen for å innføre internettbaserte avviksregistreringsprogram med tanke på systematisk forbedringsarbeid - og nr. 82 (2009-2010) – spørsmål fra Are Helseth (A) om å sikre at pasientsikkerheten blir bedre, blant annet ved at helsetjenesten skal lære av feil som skjer.

Helse- og omsorgsministeren ga Helsetilsynet i oppdrag å opprette en utrykningsgruppe som raskt skal kunne bringe tilsynsmyndigheten på banen. I tillegg har helse- og omsorgsministeren besluttet at hun ville sende på høring et forslag om å flytte meldeordningen iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. En viktig

begrunnelse for flyttingen er antatt underrapportering og dårlig meldekultur i helsetjenesten pga frykt for sanksjoner (administrative reaksjoner) fra Helsetilsynet. Ved å overføre meldeordningen fra Helsetilsynet/Helsetilsynet i fylket til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, vil systemet ikke brukes til tilsynsformål annet enn på aggregert nivå, og systemet kan designes som et rent lærings- og forbedringssystem – først og fremst for å understøtte virksomhetenes eget lokale pasientsikkerhetsarbeid. Helse- og omsorgsministeren besluttet at forslaget om å flytte meldeordningen iht. § 3-3 skulle sendes på høring som en del av høringsnotatet om forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov.

38.4.2 Kunnskapsgrunnlag om meldeordninger

38.4.2.1 Generelt

Helsetjenesten i vestlige land har et innebygget paradoks: De siste tiårs suksess har også ført til at helsetjenesten har blitt så kompleks at systemet i seg selv kan utgjøre en sikkerhetsrisiko for pasienter. Pasientsikkerhet som eget satsingsområde har derfor fått økende internasjonal oppmerksomhet det siste tiåret. Selv om ikke meldesystemer kan gi noe komplett bilde av risiko for pasientskade og årsakene til disse, er det likevel alminnelig antatt at rapportering av feil, skader og uønskede hendelser er fundamentalt for å avdekke pasientsikkerhetsproblemer. Pasientsikkerhetsarbeid er utenkelig uten meldesystemer. Helsevesenet har dratt nytte av erfaringer fra annen høyrisikovirksomhet og deres erfaringer med å lære av feil og uheldige hendelser; både luftfart, atomenergivirksomhet og oljevirksomhet er bransjer som har arbeidet systematisk med feil og avviksrapportering i sikkerhetsøyemed i en årrekke.

I forbindelse med forberedelse av et pan-canadisk meldesystem for melding og læring av skader og uønskede hendelser i helsetjenesten besluttet Canadian Patient Safety Institute (CPSI) i 2007 å foreta en litteraturgjennomgang av nøkkelartikler m.m. på området rapportering av medisinske feil, uheldige hendelser og hendelser med alvorlig pasientskade. Hensikten var å få bedre forståelse og innsikt i meldesystemer i helsetjenesten. Litteraturgjennomgangen er oppsummert i Appendix A til CPSIs høringsnotat om meldesystemet datert juli 2008 (Hoffman C, Beard P, Yu D, Dingwall O, Building a safer system: The Canadian Adverse Event Reporting and learning System. Consultation Paper. Canadian Patient Safety Institute. Http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/ReportingAndLearning/CanadianAdverseEventsReportingAndLearningSystem/Documents/CAERLS%20Consultation%20Paper%20AppendixA.pdf)

De fant at for at et meldesystem skal være vellykket, må helsepersonell oppleve incentiver for å melde hendelser på en saklig og fullstendig måte. Systemet må være frivillig og konfidensielt. Disse incentivene må veie tyngre enn forhold som oppleves som hindere for å melde. Et nyttig system beskriver ansvarsforhold (accountability), har åpenhet (transparency), men gir samtidig nødvendig beskyttelse for melderen. Brukerne deltar aktivt i utforming og vedlikehold, gir brukerstøtte til kolleger og er gode ambassadører for

systemet. Et vellykket system må også kunne demonstrere at det faktisk kan brukes til å forebygge, oppdage og redusere effekter av uønskede hendelser som følge av dårlig planlegging, dårlig praksis eller andre uheldige omstendigheter, enkeltvis eller i kombinasjon.

I rapporteringssystemer innen luftfart anses det nå viktigere å analysere hendelser og nesten-uhell med liten skade og relativt hyppig frekvens enn de få alvorlige skadene med lav frekvens. Ved å undersøke disse meldingene kan man få kunnskap om årsaker til at det ikke gikk galt og kan anvende denne kunnskapen til forebygging. Mange rapporteringssystemer i helsetjenesten har imidlertid fremdeles fokus bare på de alvorlige hendelsene med betydelig pasientskade, slik at det store læringspotensialet som ligger i nesten-uhellene går tapt (Johnson CW. How will we get the data and what will we do with them? Issues in the reporting of adverse healthcare events. Qual & Safety in Health Care. 2003 December; 12 (Suppl):ii64-ii67.).

Følgende liste er vanlige elementer som inngår i et velfungerende rapporteringssystem i helsetjenesten (Karsh BT, Escoto KH, Beasley JW, Holden RJ. Toward a theoretical approach to a medical error reporting system research and design. Applied ergonomics. 2006 May;37 (3):283-95).

- Hendelsene analyseres av en uavhengig organisasjon med tilstrekkelig kompetanse
- Tilbakemelding til melder gis raskt
- Det gis systemrettede forslag til tiltak
- Virksomhetene er mottagelige for forslagene
- Melder kan ikke straffes på bakgrunn av meldingen

38.4.2.2 Særlig om konfidensialitet og anonymitet

Konfidensialitet for både melder og pasient er svært viktig ved planlegging av meldesystemer. Anonymitet for melder er den mest opplagte måten å sikre konfidensialitet på. Imidlertid er anonymitet ikke alltid mulig, og er heller ikke alltid ønskelig fordi den som skal analysere hendelsen bør ha mulighet for å gå tilbake til melder for å få nødvendig tilleggsinformasjon for å klargjøre hendelsen. Det har også vært hevdet at anonyme meldinger er mindre pålitelige. Prinsippet om anonymitet kan også forsterke myten om at det er farlig å melde. I en åpen og lærende kultur, hvor farlige og skadelige hendelser deles, vil meldinger ses på som positivt. Det kan imidlertid være slik at anonymitet kan være viktig i en startfase ved utvikling av et meldesystem.

Spørsmålene om anonymitet og konfidensialitet vil ha forskjellig tilnærming alt ettersom hvilket nivå man befinner seg. Det er kjent at frykt, ikke bare fra tilsyns- og påtalemyndigheter, men også fra kolleger og ledere, kan bidra til underrapportering. Det er derfor viktig å knytte diskusjonen om anonymitet og konfidensialitet opp mot ulike nivåer i meldesystemet.

Kunnskapsoppsummeringen om meldesystemer er klar i sin anbefaling: for alle rapporterings- og læringssystemer er det ekstremt viktig for rapporteringen at sikkerhetskulturen er godt etablert og at individer som rapporterer hendelser i et

konfidensielt system, ikke utsettes for disiplinærtiltak eller på noen annen måte får faglige ulemper som følge å ha meldt til systemet.

38.4.3 Anbefalinger om meldeordninger, sanksjoner og konfidensialitet m.m. fra internasjonale organer

38.4.3.1 WHO

WHO's *Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From information to action. WHO 2005* (http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)

er basert på en gjennomgang av ulike lands meldesystemer: Tsjekkia, Danmark, Sverige, England og Wales har meldesystemer som er utviklet av nasjonale myndigheter, mens USAs og Australias er utviklet av henholdsvis The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) og The Australian Patient Safety Foundation. På bakgrunn av denne gjennomgangen er det identifisert ti kriterier for gode meldesystemer, hvorav 3 gjelder forholdet til sanksjoner og konfidensialitet/anonymitet: Det anbefales bl.a. (side 58)

> *"4. Health-care workers who report adverse events, near misses and other safety concerns should not be punished as a result of reporting*
>
> *5. Reporting systems should be independent of any authority with power to punish the reporter."*
>
> *6. The identities of reporters should not normally be disclosed to third parties."*

38.4.3.2 Europarådet

Europarådet gir sin anbefaling om meldesystemer i Recommendation Rec (2006) 7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care: (https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75)

"....this system should:

> *a. be non-punitive and fair in purpose;*
>
> *b. be independent of other regulatory processes*
>
> *c. be designed in such a way as to encourage health-care providers and health-care personnel to report safety incidents (for instance, wherever possible, reporting should be voluntary, anonymous and confidential)"*

38.4.3.3 EU

Rådet i Den europeiske union har den 5. juni 2009 bl.a.gitt følgende tilråding til 1 EU-kommisjonen :

"(3) Support the establishment or strengthen blame-free reporting and learning systems on adverse events that

….

(b) Encourage healthcare workers to actively report through the establishment of a reporting environment which is open, fair and non punitive. This reporting should be differentiated from Member States' disciplinary systems and procedures for healthcare workers, and, where necessary, the legal issues surrounding the healthcare workers' liability should be clarified"

(http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_en.pdf)

Internasjonale anbefalinger innebærer altså at meldesystemene må etableres i et ikke-straffende miljø og at de må skilles fra disiplinær- og straffesystemer. Det er dessuten anbefalinger om anonymitet og konfidensialitet hvis mulig. Rådets anbefalinger til EU-kommisjonen er imidlertid vagere mht. konfidensialitet og anonymitet; her tilrås primært at helsepersonellets juridiske ansvar må klargjøres.

38.4.4 Meldesystemet iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3

38.4.4.1 Historikk. Gjeldende rett

Meldeplikten for institusjoner i spesialisthelsetjenesten ble første gang innført ved lov av 30. april 1992 nr. 43 og inntatt i § 18 a i dagjeldende sykehuslov. Meldeplikten til fylkeslegen omfattet

> "betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen" (Ot.prp. nr. 33 (1991-92) og Innst. O. nr. 45 (1991-92)).

Meldeplikten ble i det vesentlige videreført i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-3. Første ledd lyder:

> "Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade."

Ved Rundskriv I 54-2000 ga departementet nærmere retningslinjer for meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Her heter det bl.a.:

> "Hovedformålet med meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 er at den skal bidra til "..å avklare hvorfor et uhell eller nestenuhell skjedde, for så å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen, slik at pasienter dermed ikke risikerer å bli utsatt for skade", jf. s. 57 i Ot. prp. nr. 10 (1998-99).
>
> Meldeplikten er ment å understøtte helseinstitusjonenes internkontrollsystem og kvalitetsforbedringsarbeid, hvor kvalitetsutvalgenes arbeid utgjør et viktig element. Institusjonene skal systematisk gjennomgå og analysere hendelser som har eller kunne ha medført betydelige pasientskader og iverksette korrigerende tiltak for å redusere risikoen for nye hendelser. Det følger av prinsippene for internkontroll at helseinstitusjonene blant annet skal ha prosedyrer for vurdering og iverksetting av korrigerende tiltak ved avvikshendelser, jf. § 3 i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr. 15.

Meldeplikten til fylkeslegen skal også legge til rette for fylkeslegens tilsyn og oversikter over alvorlige hendelser og kvalitetsmangler i helsetjenesten."

Ved omorganisering av Statens helsetilsyn og opprettelsen av Helsedirektoratet pr. 1.1.2002 ble spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 endret slik at meldingene skulle gå til Helsetilsynet i fylket i stedet for fylkeslegen (LOV-2003-08-29-87 om endringar i forskjellige lover som følgje av integrering av fylkeslegeembeta i fylkesmannsembeta). Denne omorganiseringen innebar bl.a. at Helsetilsynet ble mer rendyrket som tilsynsorgan; den veiledende og rådgivende funksjonen ble lagt til Helsedirektoratet.

38.4.4.2 Helsetilsynet i fylkets håndtering av meldingene

Meldeplikten til Helsetilsynet i fylket skal legge til rette for:

- utarbeidelse av systematiske oversikter over alvorlige hendelser og kvalitetsmangler,
- tilsyn og rådgivning med spesialisthelsetjenestens systematiske behandling av alvorlige hendelser og internkontrollarbeid,
- oppfølging av repeterende eller alvorlige forhold som er egnet til å medføre fare for pasienters sikkerhet eller påføre pasientene en betydelig belastning.

Tilsynsmyndighetens hovedfokus når det gjelder meldeordningen, er at spesialisthelsetjenesten gjennom sin internkontroll skal hindre at utilsiktede hendelser oppstår, jf. internkontrollforskriften § 4. Meldeplikten anses oppfylt når det fremgår hva som skjedde, hvorfor det skjedde, hvilken følge det har hatt for pasienten, hva som ble gjort for å begrense skaden, samt hvilke tiltak hendelsen har medført for å hindre at liknende skjer igjen.

Helsetilsynet i fylket må vurdere § 3-3-meldingene ut fra to ulike perspektiver; både 1) hvordan spesialisthelsetjenesten har håndtert § 3-3-meldingen, det vil si om de har en god avvikshåndtering og 2) om der er grunnlag for å opprette tilsynssak og eventuelt sende den til Statens helsetilsyn. Når det gjelder 1) er gjeldende meldeskjema IK-2448 utformet slik at Helsetilsynet kan godkjenne selve meldingen, men eventuelt samtidig påpeke mangler i virksomhetens egen oppfølging av hendelsen, f.eks om at iverksatte tiltak ikke er tilstrekkelige eller adekvate. Når det gjelder 2) og opprettelse av tilsynssak er dette aktuelt i følgende saker:

Mot virksomheten når:

- virksomheten ikke har analysert hendelsen, eller dersom analyseringen av hendelsen er mangelfull
- virksomheten, etter å ha analysert hendelsen, ikke har iverksatt tiltak for å hindre gjentakelse (internkontrollforskriften § 4 bokstav g).
- samme type hendelse har skjedd gjentatte ganger og hendelsene kan medføre fare for pasienters sikkerhet
- dersom det foreligger pliktbrudd som ligger opp mot det grovt uaktsomme.

Mot helsepersonellet når:

- § 3-3-meldingen indikerer at helsepersonellet har gjort samme type feil gjentatte ganger, og at hendelsene er egnet til å medføre en fare for pasienters sikkerhet

– når helsepersonellets pliktbrudd ligger nært opp mot det grovt uaktsomme.

Meldingene skal sendes på meldeskjema IK-2448 som ligger tilgjengelig på Helsetilsynets nettsider (og også forsøksvis på AltInn). Helsetilsynet i fylket følger opp meldingene gjennom å kontrollere at den enkelte melding er fullstendig, og spesielt at helseforetaket har vurdert og analysert hendelsen og iverksatt nødvendige tiltak. I motsatt fall tar Helsetilsynet i fylket kontakt med helseforetaket for å gjennomgå én eller flere hendelser og de tiltak som er (eller ikke er) iverksatt. Ved alvorlige og/eller gjentatte feil er nærmere undersøkelser standard prosedyre, for eksempel gjennom systemrevisjon. I tillegg gjennomgår Helsetilsynet i fylket meldingene med hvert foretak minst én gang årlig. Det er også vanlig at meldefrekvens, rutiner, oppfølging av meldingene m.m. gjennomgås på de årlige møtene mellom det regionale helseforetak og Helsetilsynet i fylkene i helseregionen. Helsetilsynet i Oslo og Akershus oppgir i Årsmelding for 2009 at av alle tilsynssaker hadde 4 % en § 3-3-melding som kilde (en sak kan ha flere kilder).

Utnyttelsen av § 3-3-meldingene varierer noe mellom de ulike Helsetilsyn i fylket. For mange av dem er meldeordningen et svært verdifullt grunnlag for å danne seg et bilde av helseforetakenes arbeid med sikkerhets- og kvalitetsproblematikk og ha en dialog om disse forholdene. Ordningen kan også gi god og konkret innsikt i hvordan styrings-systemet fungerer i det enkelte helseforetak og i helseregionen.

38.4.4.3 Meldeplikten iht. § 3-3 og administrative reaksjoner/påtalespørsmål

Som nevnt i punktet over kan § 3-3–meldinger i prinsippet danne grunnlag for den typen tilsyn som har administrative reaksjoner og (sjelden) begjæring om påtale som resultat. Dette gjelder følgende bestemmelser:

– Statens helsetilsyn fatter vedtak om administrative reaksjoner mot det enkelte helsepersonell iht. helsepersonelloven kapittel 11 (bl.a. tap av autorisasjon og lisens og advarsel)
– Statens helsetilsyn har hjemmel for å gi pålegg rettet mot virksomhet innen helsetjenesten i helsetilsynslovens § 5, og tilsvarende hjemler i spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3 tredje ledd.
– Statens helsetilsyn har hjemmel for å gi tvangsmulkt til spesialisthelsetjenesten i spesialisthelsetjenesteloven § 7-2.
– Statens helsetilsyn vurderer i medhold av helsepersonelloven § 67 annet ledd om det skal reises offentlig påtale mot helsepersonell for overtredelse av helsepersonellovens straffebestemmelse i § 67 første ledd.

Statens helsetilsyn har dreid sin virksomhet mer mot system og mindre mot det enkelte helsepersonell de senere år. I praksis initieres derfor meget få tilsynssaker med § 3-3 meldinger som utgangspunkt sett i forhold til volumet av meldinger, og enda færre ender med formell reaksjon.

38.4.4.4 Utrykningsgruppen i Statens helsetilsyn og forholdet til meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3

Ved brev datert 20.05.2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Statens helsetilsyn fikk Helsetilsynet i oppdrag å etablere en utrykningsgruppe hvis formål er raskt å kunne få

oversikt over og undersøke særlig alvorlige hendelser i helseforetakene. De regionale helseforetakene ble i foretaksmøter tirsdag 4. mai pålagt følgende:

> "Helse Nord-/Midt-/Vest-/Sør-Øst RHF skal pålegge underliggende helseforetak og institusjoner de har avtale med å varsle Statens helsetilsyn umiddelbart når alvorlige hendelser har skjedd. Varslet skal gis fra den aktuelle helseinstitusjon til Statens helsetilsyn. Pålegget gjelder som en prøveordning i to år med virkning fra 1. juni 2010.
>
> Med alvorlige hendelser menes i denne sammenhengen dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko. I vurderingen av om slike hendelser skal meldes til Statens helsetilsyn, er de regionale helseforetakene informert om at det skal legges vekt på om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå, om det er uklart hva som har skjedd og om saken er kompleks med flere involverte helsepersonell."

Helsetilsynet informerer om utrykningsgruppen på sine nettsider og sier bl.a.:

> "Det er viktig at varslingen ikke forsinker virksomhetens egen gjennomgang og iverksetting av korrigerende tiltak. Varslingen erstatter ikke melding etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3."

Statens helsetilsyn vil motta varsel om de alvorligste hendelsene som også vil være meldepliktige iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Hendelsene skal behandles på vanlig måte internt i spesialisthelsetjenesten (se punkt 19.5.2.2 om kvalitetsutvalgene) parallelt med at Statens helsetilsyn vurderer saken og hva som må gjøres.

38.4.4.5 Anonymitet og konfidensialitet i dagens meldeordning iht. § 3-3

I dag kan melder velge å være anonym i selve § 3-3 meldingen, men er ikke garantert at identitet ikke avsløres dersom Helsetilsynet i fylket velger å undersøke saken nærmere og eventuelt oppretter tilsynssak. Helsetilsynet i fylket har hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 til å innhente alle relevante opplysninger for tilsynsoppdraget. Meldeskjemaet IK-2448 er utformet slik at normalt er pasientens identitet kjent slik at det er lett å finne tilbake til pasientjournalen og opplysninger om involvert helsepersonell. Helsetilsynet har også forpliktelser i forhold til å gi presse og andre som ber om det innsyn i saker i medhold av offentlighetsloven. Det praktiseres meroffentlighet. *Tilsynssaker* inneholder i de fleste tilfeller pasientopplysninger som er underlagt taushetsplikt. Tema i saken vil fremgå i den offentlige postjournalen, men det gjelder ikke der grunnlaget i saken er knyttet til personlige forhold hos helsepersonellet.

Verken melders eller pasientens identitet blir registrert i Meldesentralen i Staten helsetilsyn.

Innad i helseforetakene går meldinger om uønskede hendelser fra den som melder til nærmeste leder eller til kvalitetsutvalget eller klage- og skadeutvalg. De som håndterer enkeltsakene (aktuelle ledere og medlemmer i kvalitetsutvalg) vil altså normalt kunne få kjennskap til både melders og pasienters identitet. Helsepersonelloven § 26 gjør unntak fra taushetsplikt i forbindelse med kvalitetssikring, og det er egen unntaksbestemmelse fra taushetsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 for medlemmer i kvalitetsutvalget.

38.4.5 Departementets vurderinger og forslag om endret meldeordning

38.4.5.1 Merverdi ved å flytte meldeordningen fra Helsetilsynet i fylket til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Som redegjort for under punkt 38.4.1 og 38.4.4.3 er meldeordningen iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 slik den fremstår i dag ikke helt i samsvar med internasjonale anbefalinger om meldesystemer til bruk for læring og forebygging, fordi de er koblet direkte sammen med tilsyn og den myndighet som fatter vedtak om administrative reaksjoner.

Hovedformålet med dagens meldeordning er læring, men oppfølgingen av hendelsene vil også være koplet til tilsyn og muligheten for administrative reaksjoner på grunn av Helsetilsynets tilsyns- og kontrollfunksjon. I et meldesystem med mulighet for administrative reaksjoner m.m. vil utgangspunktet kunne være å argumentere for at hendelsen ikke var særlig alvorlig; man lar være å melde og læringsaspektet går tapt. Et eksempel kan være at en pasient får injisert feil legemiddel. Med dagens system vil det lett kunne bli fokus på at det var en lav dose, at legemiddelet ikke var spesielt farlig å få i en enkeltdose, og at pasienten derfor ikke kom til skade. Tiltaket kan bli å minne de involverte på at de må følge rutinene. I et meldesystem som er skapt utelukkende for læring og forbedring vil fokus være på årsaken eller årsakene til at pasienten fikk feil legemiddel, og hva som kan gjøres for at dette ikke skal skje igjen. Det vil være irrelevant å diskutere om forsvarlighetsgrensen er overtrådt og eventuelt hvilke følger det skal kunne få. At helsepersonell skal kunne melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner er anbefalt både av WHO, Europarådet og EU. Forskning støtter dette. Målet med å flytte meldeordningen er å innrette det som et rent lærings- og rapporteringssystem for å understøtte helsetjenestens systematiske pasientsikkerhetsarbeid. Parallelt med et rent lærings- og kvalitetsforbedringssystem i Kunnskapssenteret, er det behov for å ha en sterk og uavhengig tilsynsmyndighet som bruker sin myndighet og herunder griper inn i alvorlige saker hvor virksomheter og enkeltpersonell kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten

Nasjonal helseplan (2007-2010) omtaler egen strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering. Kulturendring i helsetjenestens håndtering av uønskede hendelser er et uttalt mål. En kartlegging Kunnskapssenteret har gjort, viser at sykehusene er blitt bedre til å melde internt, men at hendelsene i liten grad følges opp med årsaksanalyse og læring (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 28 – 2009: Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus- http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/7912.cms). Direktør Lars E. Hansen i Statens helsetilsyn har i media gitt uttrykk for at helsepersonell og helsetjeneste ikke lærer av feil. Det er derfor behov for tiltak som kan styrke den lokale håndteringen av melding om uønskede hendelser med sikte på stadig læring og forebygging av pasientskader.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet etablert fra 1. februar 2007. Enheten har som formål å understøtte helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser, og den er en uavhengig enhet knyttet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kunnskapssenteret har ikke myndighet til å fatte vedtak mot helsepersonell eller helsetjenesten Å la Kunnskapssenteret ved pasientsikkerhetsenheten

overta meldeordningen iht. § 3-3 vil derfor harmonere godt med internasjonal kunnskap på området. Kunnskapssenteret ved pasientsikkerhetsenheten vil kunne behandle meldinger om uønskede hendelser utelukkende med sikte på å bidra til læring og forbedring internt i helseforetaket/annen spesialisthelsetjeneste. Meldesystemet vil bli et rent læringssystem og meldeskjemaet vil designes utelukkende ut fra et læringsperspektiv og det skal ikke gjøres vurderinger om uforsvarlig virksomhet eller administrative reaksjoner m.v..

Departementet mener dette vil være et viktig grep for å bidra til den kulturendring som er nødvendig for at det skal bli større åpenhet om skader og uønskede hendelser i helsetjenesten. Dersom underrapportering bl.a. skyldes frykt for sanksjoner av ulik art, vil endringen kunne medføre at det meldes mer og om områder hvor det meldes lite i dag. Dette vil igjen kunne bety at det genereres mer kunnskap om risikoer og deres årsaker som kan pløyes tilbake til helseforetakene med sikte på læring og forebygging.

En annen gevinst er at Pasientsikkerhetsenheten vil kunne ha kort responstid på en melding. Man er ikke bundet av forvaltningslovens regler om saksbehandling av enkeltvedtak mv. fordi responsen vil være rådgivning og ikke myndighetsutøvelse. Dessuten vil Pasientsikkerhetsenheten kunne gi enkle og konkrete råd og forslag som respons på meldingene. Dette er Helsetilsynet i fylket tilbakeholdende med å gjøre blant annet på grunn av sin tilsynsrolle. Forslaget vil skape et grunnlag for en dynamisk og interaktiv prosess med basis i meldingene. Helsetilsynet i fylket vil imidlertid kunne bruke aggregerte data fra Pasientsikkerhetsenhetens arbeid i forbindelse med sin tilsynsvirksomhet for eksempel i forhold til risikovurderinger og valg av tilsynsområder.

Det er også kjent at håndtering av § 3-3-meldinger varierer mellom de ulike Helsetilsyn i fylkene. Ved å samle meldingene kan man derfor unngå uønsket variasjon. Samling av meldingene på nasjonalt nivå betyr også at man raskere vil kunne se trender som kanskje ikke er så lett å se i ett fylke, og disse kan igjen deles nasjonalt.

Det har i dagens meldeordning vært brukt mye ressurser på å diskutere om en hendelse er meldepliktig eller ikke. Det diskuteres i kvalitetsutvalgene, blant helsepersonell og det diskuteres mellom Helsetilsynet i fylket og virksomhetene. Rundskriv I – 54/2000 trekker opp nærmere detaljer for meldeplikten, men når plikten gjelder kan likevel være vanskelig å avgjøre i praksis. Denne diskusjonen antas å bli mye mindre interessant når muligheten for administrative reaksjoner mv. fjernes fra ordningen.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at adressat for meldingene endres fra Helsetilsynet i fylket til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Videre foreslås et nytt første ledd i § 3-3 som angir formålet med meldeordningen.

38.4.5.2 Kvalitetsutvalg og saksgang i helseforetakene.

I de fleste helseforetakene er det innført elektroniske avvikssystemer. Her skal alle avvik registreres. I praksis er det den som oppdager hendelsen som registrerer den. Det er i størrelsesorden ca. 5 forskjellige systemer i bruk i helseforetakene. Systemet kan være innrettet slik at når et helsepersonell melder (basismelder) genereres en e-post til nærmeste leder om hendelsen. Nærmeste leder skal ta stilling til hvordan hendelsen

håndteres videre ut fra de menyer som systemet gir. Når saken er lukket, dvs. avsluttet i det elektroniske systemet, vil basismelder få en e-post. Medlemmene i Kvalitetsutvalget gjennomgår alle sakene i en periode og sikrer at de som er meldepliktige sendes til Helsetilsynet i fylket. Meldinger iht. § 3-3 er integrert i flere av de eksisterende avvikssystemene.

Kvalitetsutvalgenes møtefrekvens er gjerne tilpasset den 2-månedersfristen som helseforetaket har for å sende en § 3-3-melding til Helsetilsynet i fylket.

Ved omlegging av meldeordningen som foreslått i pkt 38.4.5.1 bør meldingene gå direkte fra basismelder elektronisk i meldesystemet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det vil neppe samsvare med kunnskap om meldeordninger eller være hensiktsmessig å ha en intern saksbehandling eller siling i et kvalitetsutvalg eller klage-skade utvalg *før* melding sendes.

Hovedregel bør være at basismelder melder rett til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten uten siling internt og at den som melder også melder i det interne avvikssystemet samtidig slik at nærmeste leder blir orientert. Departementet understreker at det viktigste arbeidet med læring og forebygging foregår i tjenestene og at når betydelig skade er oppstått, er førsteprioritet å ta hånd om pasient, pårørende og helsepersonell. Meldingen blir et supplement til intern avvikshåndtering. Hovedregel bør også være at tilbakemelding går til den som har meldt.

38.4.5.3 Anonymitet og konfidensialitet i endret meldeordning

Meldinger til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal ikke inneholde pasientidentifiserbare data.

Departementet antar at de fleste basismeldere vil melde med navn. Departementet ønsker en løsning hvor hovedregelen er at melders identitet er kjent og at melderen melder parallelt i det interne avvikssystemet. Hvis meldingen kommer som e-post er identifisering som regel enkelt. Selv om det ikke er ønskelig, bør det likevel være mulig å melde anonymt. Begrunnelsen er at dette kan redusere underrapportering og at man kan få frem forhold som ikke hittil er kjent. Dette medfører ingen endringer i forhold til pasientens krav på å bli informert om påført skade, jf pasientrettighetsloven § 3-2 fjerde og femte ledd.

Det må sikres at melders identitet eller virksomheten ikke kan spores i læringsinformasjon som publiseres eller annen informasjon som gis fra meldesystemet. Departementet foreslår derfor et nytt ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 om sikring av konfidensialitet for den som melder.

38.4.5.4 Nærmere om behandling av meldingene i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.

Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet driver i dag hemovigilans-systemet; en meldeordning spesielt for blod og blodprodukter i medhold av blodforskriften (forskrift av 4.2.2005 om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre). Systemet er bl.a. kjennetegnet av at det oppleves

som nyttig av brukerne og at det gis raske og enkle tilbakemeldinger. Pasientsikkerhetsenheten vil kunne høste nyttige erfaringer fra denne meldeordningen ved etablering av et endret § 3-3-system.

Meldesystemet kan bygges opp på en internettside slik som hemovigilans.no. Meldeskjema og informasjon kan ligge her. Arkiv for lokal oppfølging bør være mulig.

Pasientsikkerhetsenheten må ha tilknyttet personer med tilstrekkelig bred klinisk erfaring som vurderer hendelsene. Alle meldinger bør leses og vurderes innen relativt kort tid og nødvendige tilleggsopplysninger bør etterlyses. Meldinger som ikke er relevante for pasientsikkerheten følges ikke opp, men melder som har oppgitt e-post adresse vil få melding om hva som er gjort med meldingen.

Pasientsikkerhetsenheten kan identifisere de mest lærerike hendelsene som kan brukes i månedlige nyhetsbrev. Disse kan inneholde konkrete anbefalinger basert på innkomne meldinger. Dette kan for eksempel være om hendelser som er vanlige og som har kjente løsninger, om nye og sjeldne hendelser som kan skje flere steder og det kan være områder der det kommer melding om mange nesten-uhell. Virksomheter/personell kan abonnere på nyhetsoppdatering fra systemet.

De fleste saker meldes parallelt til sykehusets/organisasjonens avvikssystem. Det kan imidlertid tenkes at noen saker ikke meldes i linjen. Dersom melder er anonym og virksomheten ikke kan identifiseres, kan Pasientsikkerhetsenheten, avhengig av meldingens alvorlighetsgrad, vurdere om det er hensiktsmessig med generell informasjon og eventuelt melde fra til Helsetilsynet. Hvis melder er anonym og virksomheten kan identifiseres må pasientsikkerhetsenheten vurdere om virksomhetens ledelse skal varsles.

Departementet foreslår et nytt ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som beskriver nærmere hensikten med behandling av meldingene i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

38.4.5.5 Helsetilsynets informasjonsbehov

Parallelt med et rent lærings- og kvalitetsforbedringssystem er det behov for å ha en sterk og uavhengig tilsynsmyndighet som bruker sin myndighet og griper inn i alvorlige saker hvor virksomheter og enkeltpersonell kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Det er en forutsetning at tilsynsmyndigheten er sikret relevant informasjon for å kunne utføre sitt oppdrag på en effektiv måte. Argumenter mot endret meldeordning har blant annet vært at Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn vil miste en sentral kilde til kunnskap om enkeltsaker, om hvordan skademeldinger er håndtert i de enkelte helseforetak og om hvordan meldefrekvens etc. varierer over tid innen foretaket/annen spesialisthelsetjeneste.

En gjennomgang av tilsynssaker behandlet av Helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn viser at det på grunnlag av 3500 meldinger som ble mottatt i perioden juni 2006 til juli 2008 ble foretatt en tilsynsmessig oppfølging i 147 tilfeller. 17 av de 147 tilfellene som ble fulgt opp tilsynsmessig ble av Helsetilsynet i fylket vurdert som så alvorlige at saken ble oversendt Statens helsetilsyn for vurdering. Fem saker ble avsluttet med administrativ reaksjon (advarsel), men § 3-3 meldingen var i tilnærmet alle sakene

ikke eneste grunnlag for tilsynsmessig oppfølging. Det forelå i disse sakene også klager fra pasient eller pårørende, henvendelser fra politi eller andre. I dag har spesialisthelsetjenesten en 2-måneders frist for innsending av en § 3-3-melding (ref. Rundskriv I-54/2000). Dette kan også bidra til at Helsetilsynet i fylket ikke får førstehåndskunnskap om saken fra en § 3-3-melding, og at risikoen for ikke å fange opp grov uaktsomhet ved å overføre meldeordningen til Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet er liten.

Alternative kilder for informasjon for tilsynsmessig oppfølging kan være:

- Helsetilsynet i fylket er formell klageinstans for pasienter og pårørende iht. helsepersonelloven § 55 og pasientrettighetsloven § 7-4
- Helsetilsynet i fylket vil få informasjon om leges melding om unaturlig dødsfall (med hjemmel i helsepersonelloven § 36) i de sakene der politiet forelegger spørsmålet om mulig etterforskning for Helsetilsynet i fylket, jf Rundskriv fra Helsetilsynet IK-2/2008 og tilsvarende Riksadvokatens rundskriv nr. 5/2001. Meldeplikten gjelder for leger i både spesialist og -primærhelsetjeneste.
- Videre har alt helsepersonell plikt til å melde fra til Helsetilsynet i fylket om skadelige forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet i henhold til helsepersonelloven § 17; denne meldeplikten gjelder også både spesialist- og primærhelsetjeneste.
- Dessuten mottar Helsetilsynet ulike henvendelser fra pasientombud, helsetjenesten (arbeidsgiver), apotek, kontrollkommisjoner, politi, andre tilsynsmyndigheter, media og andre

Det er dessuten fra 1. juni innført en prøveordning over 2 år der helseforetakene senest dagen etter hendelsen skal melde om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn, dvs. dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko. I vurderingen av om slike hendelser skal meldes til Statens helsetilsyn, skal det legges vekt på om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå, om det er uklart hva som har skjedd og om saken er kompleks med flere involverte helsepersonell.

Det er også innledet et nordisk samarbeid for økt utveksling av informasjon om helsepersonell på tvers av landegrensene. Hensikten er å styrke kontroll med og informasjon om helsepersonells bakgrunn for å søke å unngå episoder med personell som utgjør en fare for pasientsikkerheten. De nordiske helse- og sosialministerne har besluttet at det innen utgangen av 2010 skal være en økt adgang til utveksling av informasjon når nordiske statsborgere søker om autorisasjon som lege i et annet nordisk land. Det er behov for bedre informasjonsutveksling på tvers av de nordiske landegrensene om personell som har mistet autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning eller fått advarsler fra tilsynsmyndigheter. Helsemyndighetene i de nordiske landene jobber nå for å få på plass bedret informasjonsutveksling om tilsynsanmerkninger og liknende for leger. Sykehusene skal også få tilgang til slike opplysninger om jobbsøkere fra andre nordiske land.

Utvidet adgang til informasjon vil i første omgang gjelde leger, men er ment å også gjelde tannleger, sykepleiere og annet autorisert helsepersonell.

Både den nye varslingsordningen og det styrkede nordiske samarbeidet antas å bidra til bedre pasientsikkerhet og at de alvorligste forholdene kan tas tak i. Under forutsetning av at meldeordningen iht. § 3-3 flyttes, vil det ved vurdering av om varslingsordningen skal videreføres etter prøvetiden være naturlig å vektlegge Statens helsetilsyns/Helsetilsynet i fylket sine erfaringer ved bruk av alternative kilder for informasjonsinnhenting.

Når det gjelder løpende informasjon som kan tilrettelegge for tilsynet med styringssystemet (internkontrollplikten), har Helsetilsynet i fylket flere muligheter for å skaffe seg relevant informasjon. Helsetilsynet kan kreve å få tilsendt all informasjon det ber om fra helsetjenesten og – personell uten hinder av taushetsplikt. Tradisjonelt etterspør Helsetilsynet pasientjournaler i en bestemt sak eller i forbindelse med ett bestemt tilsyn, men Helsetilsynet vil også kunne be om samlerapporter, års- og tertialmeldinger, samledata fra elektroniske avvikssystemer, erstatningskrav relatert til foretaket/annen spesialisthelsetjeneste, uttalelser m.m. for sin virksomhet.

Departementet mener på denne bakgrunn at faren for at Helsetilsynet i fylket ikke skal få informasjon om alvorlige saker som krever tilsynsmessig oppfølging er liten. Gevinsten ved å håndtere uønskede hendelser ut fra et læringsperspektiv gir etter departementets vurdering dessuten totalt sett bedre pasientsikkerhet enn å beholde dagens ordning med tilsynsmessig oppfølging av meldingene.

Departementet foreslår imidlertid å innføre meldeplikt for Kunnskapssenteret til Statens helsetilsyn når det er grunn til å tro at det foreligger *alvorlig systemsvikt*. Med alvorlig systemsvikt menes at det på bakgrunn av en eller flere meldinger vurderes at risikoen for at pasienter blir utsatt for betydelig skade ved et helseforetak eller annen spesialisthelsetjeneste er så stor at det er behov for at Statens helsetilsyn må vurdere å gripe inn for å forhindre at slik skade oppstår.

Virksomhetens ledelse må orienteres samtidig som meldingen sendes til Kunnskapssenteret. Dette vil i noen grad bryte med prinsippet om sanksjonsfrie systemer. Det vises imidlertid til at det foreslås at det ikke kan reises tilsynssak eller begjæres påtale mot det helsepersonell som har meldt *på grunnlag av selve meldingen*. På denne måten sikres det at Statens helsetilsyn får informasjon om alvorlige saker som krever tilsynsmessig oppfølging, samtidig som en unngår at melder får administrative reaksjoner mv. på grunnlag av meldingen (se pkt 38.4.5.9). Departementet ønsker spesielt høringsinstansenes syn på dette punktet.

Departementet foreslår at dette tas inn som nytt ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

38.4.5.6 Meldekriterier

Meldeplikten omfatter ”betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.” I 54-2000 beskriver nærmere kriterier for å melde og unntak fra dette. Videre gir selve meldeskjemaet (IK-2448) og veiledning fra Helsetilsynet i fylket (http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Meldeordning/Skjema-melding-Helsetilsynet-fylket) nærmere detaljer om meldeordningen.

Både Rundskriv IK-2448 med veiledning og Rundskriv I 54-2000 må revideres ved endring av meldeordningen fordi ikke alle opplysninger er relevante når de utelukkende skal brukes i et læringssystem. Når tilsynsaspektet er borte fra meldeordningen, antas at diskusjonen om en hendelse er meldepliktig eller ikke blir mindre interessant. En grunnleggende føring for meldinger bør være om meldingen har læringsverdi. Et eksempel fra I-54/2000 er unntaket som gjelder for skader innenfor normal risiko. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet må også ha informasjon skader som ligger innenfor normal risiko, f. eks. sykehusinfeksjoner, hvis det skal være mulig å redusere dem. Den som melder kan spørre seg: Kan dette skje andre steder?

Nærmere detaljer om kategorisering av hendelsene bør utvikles av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i samarbeid med helseforetakene slik at eksisterende avvikssystemer og det nasjonale meldesystemet kan ses i sammenheng. Det foregår også et betydelig arbeid internasjonalt med klassifisering og kategorisering av pasientsikkerhetsbegreper som det vil være naturlig å se hen til i en slik prosess.

Departementet har vurdert om meldeplikten bør omfatte ikke bare hendelser med betydelig skade, men også skader og uønskede hendelser av mindre omfang.

Dette vil ligne de kriterier som gjelder for det danske meldesystemet, jf. pkt 19.4.2.1. Slike hendelser meldes i dag i helseforetakenes interne avvikssystemer. Argumenter for en slik utvidelse er at Pasientsikkerhetsenheten da får et mye større materiale å vurdere og dermed mer kunnskap som kan deles. Det er også forskning som tyder på at man får mer ut av de mange og mindre hendelser enn de få alvorlige, se punkt 38.4.2.1. Argumenter mot er at dette kan bli en type ”unødvendig dobbel bokføring” og at det antagelig også vil være ressurskrevende. Det kan også tenkes at nye IT-løsninger gjør integrering av det nasjonale meldesystemet og meldesystemet i helseforetakene enklere enn det hittil har vært.

Departementet har derfor vurdert det slik at man først bør høste erfaringer med å la meldekriteriene være tilnærmet slik de er i dag, og eventuelt vurdere en utvidelse senere.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre gjeldende kriterier for meldeplikten iht. § 3-3 første ledd, samt forskriftshjemmelen i annet ledd. Departementet ber imidlertid om høringsinstansenes synspunkter på om meldeordningen bør utvides til å omfatte ikke bare hendelser med betydelig skade, men også skader og uønskede hendelser av mindre omfang.

38.4.5.7 Diskusjon av pliktsubjektet

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 er det *helseinstitusjonen* som har plikt til å sende meldingen til Helsetilsynet i fylket. Etter helsepersonelloven § 38 (ikke i kraft) er det *det enkelte helsepersonell* som har plikt til å sende melding. Prinsipielt har altså det enkelte helsepersonell i dag ikke en lovbestemt meldeplikt ved betydelig personskade til Helsetilsynet i fylket; det er virksomheten som må etablere systemer og strukturer som understøtter meldeplikten.

I Danmark ligger meldeplikten på *det enkelte helsepersonell*; de skal melde elektronisk inn i Dansk patientsikkerhedsdatabase, jf punkt 19.4.2.1.

I Sverige har *helsepersonellet* meldeplikt til en dedikert lege innenfor institusjonen. I tillegg har *institusjonen* meldeplikt til Socialstyrelsen (lex Maria, jf, punkt 19.4.2.2).

I henhold til FOR 2005-02-04 nr 80: Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften) er meldeplikten til hemovigilanssystemet lagt på helseforetak eller det rettssubjekt som er ansvarlig for blodbanken eller transfusjonsenheten (se §§ 3-4 og 3-5).

Departementet har vurdert om meldeplikten bør legges på det enkelte personell, fordi man da muligens kan få opp meldefrekvensen ved at det blir vanskeligere for personellet ikke å melde. Ledelsen vil kunne bruke lovbestemmelsen som begrunnelse for å innskjerpe at meldinger sendes og helsepersonells unnlatelse av å sende melding vil i prinsippet kunne danne grunnlag for tilsynssak mot den enkelte hvis meldeplikt ikke er overholdt.

På den annen side sendes mange meldinger i dag uten at plikten er lagt på det enkelte helsepersonell. Erfaringene fra hemovigilanssystemet er også at enkeltpersoner melder selv om plikten ikke uttrykkelig er lagt på den enkelte medarbeider. Ledelsens engasjement og gode styrings-/internkontrollsystemer er dessuten en forutsetning for et godt, systematisk pasientsikkerhetsarbeid.

Meldeordningen iht. § 3-3 er forholdsvis godt kjent og innarbeidet i helseforetakene/andre spesialisthelsetjenester og deres avvikssystemer. Det vil antagelig være mer i tråd med ønske om kulturendring at meldeplikten fortsatt hviler på virksomheten. Dersom meldeordningen oppfattes som nyttig for den enkelte vil dette være et incitament for at meldefrekvensen kan øke.

Det viktigste arbeidet for økt pasientsikkerhet skjer i virksomhetene. Det er en mulighet å lovfeste en plikt for helsepersonell til å bidra inn i det systematiske pasientsikkerhetsarbeidet i virksomheten etter mønster fra den svenske loven.. § 4 første ledd lyder:

> ”Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.”

Departementet foreslår imidlertid at pliktsubjektet i forhold til endret meldeordning fremdeles skal være institusjonen/virksomheten og ikke det enkelte helsepersonell, men ber høringsinstansene om synspunkter på dette.

38.4.5.8 Meldeordningens omfang

Departementet foreslår at meldeordningen fremdeles bare skal omfatte spesialisthelsetjenesten. Endring og flytting av meldeordningen som foreslått antas å medføre forholdsvis stor økning i antall meldinger. Det er ønskelig å vinne erfaringer med dette systemet før man eventuelt åpner opp for et tilsvarende meldesystem i helse- og omsorgstjenesten.

Dette er gjort i Danmark, som nå etter 5 år har utvidet meldeordningen til å omfatte hele helsetjenesten.

38.4.5.9 Forbud mot bruk av § 3-3 meldinger som grunnlag for administrative reaksjoner mv mot det enkelte helsepersonell

Helsetilsynet har hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 for å innhente de opplysninger det ønsker uten hinder av taushetsplikt. Tilsvarende bestemmelser finnes i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og helsepersonelloven § 30.

Dette innebærer at tilsynsmyndighetene kan komme over meldinger som er sendt i ny meldeordning etter § 3-3 i forbindelse med tilsyn. Likeledes foreslås en varslingsplikt for Kunnskapssenteret i saker med alvorlig systemsvikt (se pkt 38.4.5.5) som krever tilsynsmessig oppfølging. Derfor må det sikres at Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylket ikke kan anvende en § 3-3 melding som grunnlag for

- å reise tilsynssak mot det enkelte helsepersonell som har meldt
- å treffe vedtak med hjemmel i helsepersonelloven kapittel 11 (administrative reaksjoner) overfor helsepersonell som har meldt
- å begjære påtale mot helsepersonell som har meldt, jf. helsepersonelloven § 67 annet ledd.

Arbeidstakere som varsler om kritikkverdige forhold iht. arbeidsmiljøloven § 2-4 er vernet mot gjengjeldelse fra arbeidsgiver (§ 2-5). Selv om det ligger ulike hensyn til grunn for reglene om varsling og reglene om melding av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, kan det på et senere tidspunkt være grunn til å vurdere et lignende vern for helsepersonell.

Det presiseres at vernet mot administrative reaksjoner mv. bare er knyttet til selve den melding som er sendt. Man kan ikke oppnå immunitet mot administrative reaksjoner mv. ved å melde. Det kan ilegges sanksjoner mot helsepersonell på bakgrunn av en hendelse selv om helsepersonellet har meldt den til Kunnskapssenteret, men selve meldingen kan ikke brukes som grunnlag for vedtaket. Kunnskapen som danner grunnlag for en sanksjon må komme fra andre kilder. Det samme gjelder ved eventuell straffeforfølgning iht. helsepersonelloven § 67.

Departementet foreslår ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 etter modell fra den danske ordningen.

38.4.5.10 Etablering av helseregister

Ved overføring av meldeordningen til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet vil det bli etablert et helseregister. Det skal ikke inngå pasientnavn eller fødselsnummer i registeret, men det vil inneholde såpass mange andre variabler at opplysningene vil kunne være indirekte identifiserbare. Registeret må derfor ha et behandlingsgrunnlag i lov. Departementet foreslår at spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 justeres slik at det går klart frem at mottaker av meldingene, har nødvendig hjemmelsgrunnlag for behandling av opplysningene.

38.4.6 Økonomiske og administrative konsekvenser ved å flytte meldeordningen iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3

Det er Helsetilsynet i fylkene som behandler meldingene, og følger disse opp. På bakgrunn av en kartlegging i de ulike fylkene, anslår Statens Helsetilsyn at Helsetilsynet i fylkene bruker anslagsvis 6,5 årsverk for å registrere og følge opp § 3-3 meldingene. I de fleste fylkene er det mindre enn et halvt årsverk som brukes til dagens ordning. Kun i Helsetilsynet i Oslo og Akershus er mer enn 1 årsverk knyttet til meldeordningen. Til Meldesentralen er det knyttet anslagsvis 1 årsverk. Totalt anslås det at det brukes mellom 7 og 8 årsverk i Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylket for å behandle dagens meldeordning. I tillegg har det de siste årene blitt brukt noen ressurser for utvikling av en elektronisk-meldeording innenfor departementets samlede ramme.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har anslått at deres behov for årsverk knyttet til meldeordningen i oppstartsfase vil være i underkant av 7 årsverk og noe frem i tid i underkant av 10 årsverk. Beregningen av antall årsverk tar høyde for at antall meldinger tidobles sammenliknet med dagens meldeordning (fra 2000 til 20.000 meldinger i året).

Dette innebærer at en overføring av meldeordningen i liten grad vil innebære et økt behov for ytterligere årsverk enn det som allerede i dag er knyttet til ordningen. Det legges videre til grunn at det ikke vil bli behov for ytterligere investeringer hos Kunnskapssenteret knyttet til den foreslåtte overføringen av oppgaver.
En eventuell flytting av meldeordningen til Kunnskapssenteret vil bli behandlet som en virksomhetsoverdragelse. Da dagens situasjon er at det i de fleste Helsetilsyn i fylkene kun er små deler av et helt årsverk som brukes, vil det kun være noen få årsverk som reelt sett overføres. Disse vil være knyttet til Meldesentralen og de største fylkeskontorene. En flytting av meldeordningen fra Helsetilsynet vil således medføre noe overføring av personell, i tillegg til en omdisponering av midler fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret. Dersom forslaget om flytting får tilslutning gjennom høringsrunden, vil den videre prosessen knyttet til virksomhetsoverdragelse og omdisponering av midler skje i nært samarbeid med alle berørte parter. Det legges til grunn at en flytting av meldeordningen ikke vil medføre økte kostnader knyttet til ordningen.

Det legges videre til grunn at flyttingen ikke vil svekke Helsetilsynets tilsynsmessige oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Det vises her til kapittel 38.4.5.5 om Helsetilsynets informasjonsbehov og alternative kilder til informasjon. Det vises også til at Helsetilsynet har blitt tildelt ekstra ressurser for å etablere utrykningsgruppen og styrke tilsynet med spesialisthelsetjenesten.

Det legges til grunn at flytting av meldeordning ikke medfører økte kostnader for helseforetakene.

38.5 Tekniske endringer som følge av ny lov

Som følge av opphevelsen av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, samt innføring av enkelte nye begreper i forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vil det være behov for en rekke tekniske endringer i flere lover.

Enkelte av disse er det redegjort for i kapitlet om forholdet til andre lover, kapittel 7. Som det vil fremgå er det i forhold til enkelte lover foreslått konkrete tekniske endringer, mens det i forhold til andre lover kun er påpekt at det vil være behov for tekniske endringer. I fremtidig lovproposisjon vil departementet redegjøre for nødvendige tekniske lovendringer.

39 Økonomiske og administrative konsekvenser

39.1 Innledning

I dette lovforslaget skal kommunens plikter i all hovedsak videreføres i samme omfang og innhold som i dag. Det vil si at lovbestemmelsene i forslaget i all hovedsak viderefører gjeldende oppgaver og omfang eller presiseres gjeldende rett. Forslagene til lovregulering innebærer dels at kommunenes ansvar og plikter angis på en mer generell og overordnet måte, sammenlignet med dagens regulering. Videre innebærer forslagene dels at regulering som i dag fremgår av forskrifter, løftes inn i en mer samlet regulering i loven. Lovbestemmelsene skal følgelig i utgangspunktet ikke innebære økonomiske og administrative konsekvenser.

Pasienter og brukeres rettigheter skal videreføres på dagens nivå. Dette skal derfor i seg selv ikke ha administrative eller økonomiske konsekvenser av betydning. Kravet til et verdig tjenestetilbud kan allerede i dag innfortolkes i forsvarlighetskravet. Forslaget vil derfor ikke medføre økonomiske konsekvenser.

Lovforslag som innebærer en videreføring av gjeldende rett, og som ikke har økonomiske eller administrative konsekvenser vil ikke bli behandlet i dette kapittelet. Disse er allerede behandlet i underkapitler til de ulike kapitlene, og departementet ser det ikke som hensiktsmessig å gjenta disse her.

Når det gjelder økonomiske og administrative konsekvenser av kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter, vil dette redegjøres nærmere for i høringsnotat om nasjonal helse- og omsorgsplan.

39.2 Nærmere om økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslagene

Det at helselovgivningen skal komme til anvendelse for yrkesutøvelsen for alt personell som yter tjenester etter denne loven, vil innebære visse økonomiske og administrative konsekvenser. Dette vil i hovedsak gjelde i forhold til innføring av helselovgivningens dokumentasjonsregler også for dagens ”sosialtjeneste”, for eksempel enkelte hjemmetjenester eller former for praktisk bistand. Manger kommuner har likevel samorganisert disse tjenestene, og praktiske hensyn vil ofte tilsi at personellet allerede i dag benytter seg av felles dokumentasjonssystemer. Etter helsepersonelloven er det kun opplysninger som er relevante og nødvendige om pasienten og helsehjelpen som skal dokumenteres. For en hjemmehjelp vil det for eksempel være svært begrenset hva som er nødvendig å dokumentere. I tillegg vil det for den enkelte kommune og kommunens ”sosialpersonell” være behov for informasjon om og opplæring i nytt regelverk.

Departementet antar det vil være knyttet noen økonomiske og administrative konsekvenser av mindre betydning som følge av forslaget.

Når det gjelder forholdet til forvaltningsloven og departementets forslag om presisering av at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens virksomhet, med de særregler som følger av den nye loven, er det en videreføring av reglene i sosialtjenesteloven § 8-1. Videre er forslaget en klargjøring i forhold til det som i dag fremgår av kommunehelsetjenesteloven. Det foreslås også en endring i pasientrettighetsloven § 2-7. Dette forslaget innebærer også en klargjøring av gjeldende rett. Ved tildeling av hjelp som gjelder plass på institusjon og tjenester som ytes i hjemmet, skal reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V gjelde hvis hjelpen strekker seg over et tidsrom på over to uker. For nærmere omtale av disse forslagene vises det til kapittel 9. Departementet legger til grunn at forslagene samlet sett ikke vil innebære administrative og økonomiske konsekvenser av betydning.

Forslag om videreføring av dagens lovregulering på utdanningsområdet vil ikke få økonomiske konsekvenser. Departementet vil utarbeide en felles forskrift for ny kommunal helse- og omsorgslov og lov om spesialisthelsetjenester hvor helse- og omsorgssektorens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring presiseres. Det legges til grunn at der hoveddelen av en pasientbehandlingsoppgave flyttes fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal også midler knyttet til forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende knyttet til denne oppgaven, følge med.

Når det gjelder fastlegeordningen blir denne videreført i lovforslaget, og vil følgelig ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser. I kapittel 16 redegjør departementet for endringer man ser for seg i fastlegeforskriften. Før en ny revidert fastlegeforskrift sendes på høring, må økonomiske og administrative konsekvenser utredes nærmere. Behovet for nye ressurser innenfor fastlegeordningen må ses i sammenheng med en eventuell omlegging av finansieringsordningen, samt øvrige tiltak som foreslås i reformen, herunder overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og etablering av tilbud i kommunene som både kan kreve fastlegeressurser og avlaste fastlegene.

Forslagene vedrørende individuell plan innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Departementet legger til grunn at forslagene ikke vil medføre særlige administrative eller økonomiske konsekvenser.

I kapittel 23 utredes nærmere om koordineringsansvar. Forslagene i kapittelet innebærer i hovedsak videreføring av gjeldende rett. Likevel er forslaget til at de koordinerende enhetene også skal ha systemansvar for arbeidet med individuell plan og forslaget om at pasientansvarlig koordinator skal erstatte pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten, en endring fra gjeldende rett. Departementet legger imidlertid til grunn at disse endringene vil medføre mindre administrative og økonomiske konsekvenser.

Når det gjelder forslaget til et lovpålagt avtalesystem er målet at alle kommuner og helseforetak skal ha inngått avtale fra samme tidspunkt. Avtalene skal være en hensiktsmessig ramme for samarbeidet om overføring av aktiviteter og oppbygging av økt ansvar i kommunene. Det tas sikte på at lovfesting av samarbeidsavtaler trer i kraft fra

1.1.2012. Plikt til å inngå samarbeidsavtaler vil ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning for partene. Kommuner og foretak har allerede i stor grad inngått ulike samarbeidsavtaler om helsetjenester. Ressurser til å forberede, utforme og følge opp samarbeid, herunder avtaler om samarbeid, inngår i virksomhetenes ordinære ansvar for planlegging og administrasjon.

Helsedirektoratet har allerede en oppfølgingsrolle i forhold til avtalene som er inngått på frivillig basis i forbindelse med samarbeidsavtalen som er inngått mellom staten og KS. Når det gjelder mekling, er det departementets oppfatning at dette kun vil bli aktuelt i et meget beskjedent omfang. Departementet legger derfor til grunn at det ikke er behov for en ytterligere styrking av Helsedirektoratet på dette området.

I kapittel 26 redegjøres det for klageordning. Uansett hvilken instans som velges som klage- og tilsynsinstans for den kommunale og statlige helse- og omsorgstjenesten, vil en felles ordning innebære en endring i hvem som er klageinstans. Etter sosialtjenesteloven er Fylkesmannen klageinstans, mens Helsetilsynet i fylket er klageinstans etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Da Helsetilsynet i fylket i dag er en integrert del av fylkesmannsembetet, vil en felles ordning uansett ikke medføre endringer som får administrative eller økonomiske konsekvenser av betydning. Lovforslaget innebærer at mottakere av omsorgstjenester gis en lovfestet klageadgang med hensyn til spørsmål om "rettigheten" er oppfylt, herunder prosessuelle rettigheter. Departementet legger til grunn at klagebehandling etter sosialtjenesteloven allerede i dag omfatter behandling av klager på manglende medvirkning og informasjon m.m. En lovfestet adgang til å klage på manglende oppfyllelse av prosessuelle rettigheter, vil derfor ikke innebære administrative og økonomiske konsekvenser av betydning.

Når det gjelder økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner som behandles i kapittel 28, er hensikten med å foreslå en forskriftshjemmel å gi en mulighet til å videreføre dagens ordning. Departementet legger derfor til grunn at forslaget ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser. Før det eventuelt fremmes forslag til forskrift om videreføring av gjeldende adgang til å kreve refusjon, må økonomiske og administrative konsekvenser utredes nærmere. Et slikt forslag må også på vanlig måte sendes på høring.

I kapittel 32 fremgår det at departementet vil utrede behovet for i forskrift å fastsette at helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister skal føres og utveksles elektronisk. Forskrifter vil også vurderes for å stille krav til standarder og sertifisering. En konkret vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser vil gjøres ved en eventuell forskriftsregulering.

Avslutningsvis vil departementet presisere at innholdet i ny kommunal helse- og omsorgslov vil departementet vurdere på bakgrunn av de helhetlige økonomiske og administrative konsekvensene og høringsinnspillene før den fremmes for Stortinget.

40 Merknader til de enkelte bestemmelsene i lovforslaget

Kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner

Til § 1-1 Lovens formål

Bestemmelsen gir uttrykk for lovens formål og presiserer et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Se nærmere omtale under punkt 6.3.

Til § 1-2 Lovens virkeområde

Første ledd: bestemmelsen definerer lovens virkeområde til å være helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private med avtale med kommunen når ikke annet følger av de enkelte bestemmelser i loven. For nærmere omtale, se punkt 6.4.

Andre ledd gir departementet kompetanse til å gi forskrift eller i det enkelte tilfelle bestemme hva som er helse- og omsorgstjenester etter denne loven.

I *tredje ledd* er Kongen gitt kompetanse til å gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

Til § 1-3 Definisjoner

Bestemmelsen definerer sentrale begreper i loven, og skal sikre sammenhengen med øvrig helselovgivning som opererer med en rekke sentrale begreper. For nærmere omtale, se punkt 6.5.

Kapittel 2. Forholdet til andre lover

Til § 2-1 Forholdet til helsepersonelloven

Forslaget innebærer at helsepersonelloven skal gjelde for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter denne loven. Helsepersonelloven er nærmere omtalt i kapittel 8.

Til § 2-2. Forholdet til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Forslaget innebærer at lov om statlig tilsyn med helsetjenesten som hovedregel skal gjelde for all virksomhet og alt personell etter den nye loven. Enkelte særregler følger av § 12-4. Regulering av tilsyn er omtalt nærmere i kapittel 27.

Til § 2-35. Forvaltningslovens anvendelse

Forslaget innebærer at forvaltningsloven som hovedregel skal gjelde for kommunens virksomhet. Dette betyr at kommunene i sin virksomhet må følge reglene i forvaltningsloven, med enkelte særregler som følger av den nye loven. For vedtak om rett til helse- og omsorgstjenester skal reglene i pasientrettighetsloven § 2-7 gjelde, jf. forslag

til endring av denne bestemmelsen med merknader. Forholdet til reglene i forvaltningsloven er drøftet nærmere i kapittel 9.

Kapittel 3. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Til § 3-1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Første ledd er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 første ledd og sosialtjenesteloven § 10-1. Se omtale i kapittel 10.

Andre ledd er en videreføring av gjeldende rett og løfter av pedagogiske grunner opp i lov de grunnleggende kravene til styring som i dag fremgår av blant annet internkontrollforskriften. Se omtale i kapittel 10.

I *tredje ledd* presiseres det at kommunens ansvar etter første ledd også innebærer en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Fjerde ledd er en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 1-1 annet ledd.

Femte ledd er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-4 fjerde ledd. For nærmere omtale, se punkt 24.4.2.

Til § 3-2 Kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester

Første ledd angir de tjenester kommunene har ansvaret for å tilby. For nærmere omtale, se kapittel 11.

Andre ledd presiserer at tjenestene etter første ledd enten kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen får andre til å yte tjenestene for dem. Dette gjelder også inngåelse av driftsavtale med f.eks. fastlege eller fysioterapeut. Ansvaret etter § 3-1 kan likevel ikke kommunen avtale seg bort fra. Det vil si at dersom en tjeneste etter § 3-2 første ledd blir ivaretatt av en privat tjenesteyter, vil likevel kommunen ha sørge-for-ansvaret etter § 3-1 for tjenesten. Dette er en videreføring av gjeldende rett. Se nærmere omtale under punkt 11.6.

Fjerde ledd er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 siste ledd. Bestemmelsen presiserer at departementet kan i forskrift gi bestemmelser om kvalitets- og funksjonskrav.

Femte ledd fastslår at departementet kan gi forskrift om privat helsevirksomhet i kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav.

Til § 3-3 Kommunens ansvar for helsefremmede og forebyggende arbeid

Bestemmelsen skal tydeliggjøre kommunens for helsefremmede og forebyggende arbeid og presisere at helsefremmende og forebyggende arbeid etter § 3-2 nr. 1 blant annet skal omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk

eller somatisk sykdom/lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et avhengighetsproblem, samt iverksette forebyggende tiltak i henhold til anerkjent faglig standard. En slik presisering er en tydeliggjøring og videreføring av kommunens ansvar i henhold til gjeldende rett. For nærmere omtale av bestemmelsen, se kapittel 14.

Til § 3-4 Kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstanden

Bestemmelsen viderefører kommunehelsetjenesteloven § 1-4 første ledd og sosialtjenesteloven 3-1. Bestemmelsen er blant annet omtalt i punkt 36.4.

Til § 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Forslaget innebærer at kommunen må sørge for at pasientene mottas for undersøkelse og, om nødvendig, også for behandling eller annen helsehjelp. For nærmere omtale av forslaget, se kapittel 13.

Til § 3-6 Kommunens ansvar for pasient-, bruker og pårørendeopplæring

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett. Bestemmelsen er omtalt i punkt 11.6.14

Til § 3-7 Omsorgslønn

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett. For nærmere omtale vises til punkt 11.6.12.

Til § 3-8. Boliger til vanskeligstilte

Forslaget er en videreføring av sosialtjenesteloven § 3-4. "Sosialtjenesten" er erstattet med "Kommunens helse- og omsorgstjeneste". For nærmere omtale vises til punkt 11.3.2 og 11.6.13.

Til § 3-9 Brukerstyrt personlig assistanse

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett. Bestemmelsen er omtalt i punkt 11.6.15

Til § 3-10 Helsetjenester for innsatte i anstalter under kriminalomsorgen

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett. Bestemmelsen er omtalt i punkt 11.6.11

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet

Til § 4-1 Forsvarlighet

Første ledd tydeliggjør kommunens virksomhetsansvar for å tilby forsvarlige tjenester. Det presiseres at forsvarlighetsplikten blant annet innebærer at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Forsvarlighetsplikten forutsetter også at kommunen tilrettelegger sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud. For nærmere omtale, se punkt 19.2.

Annet ledd første punktum stiller krav om forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Dette er en utdyping av det generelle kravet til forsvarlig tjenesteyting. *Andre punktum* er en ny forpliktelse til å ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Med dette menes for det første å ta i bruk nasjonale standarder og funksjonskrav når disse blir omforent eller fastsatt av myndighetene. Krav til standardisering bør derfor inngå i planleggingen og i anskaffelsesgrunnlaget. Det forutsettes videre at den enkelte virksomhet har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling med den øvrige spesialisthelsetjenesten og samarbeidende kommuner. Se omtale i punkt 32.4.

Til § 4-2 Pasientsikkerhet og kvalitet

Forslaget innebærer et krav til systematisk pasientsikkerhetsarbeid for enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter denne lov. For nærmere omtale av forslaget, se punkt 19.3 til 19.6.

Til § 4-3 Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Forslaget innebærer at Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer blir lovfestet. For nærmere omtale av forslaget, se punkt 19.6.4.6.

Kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver

Til § 5-1 Transport av behandlingspersonell

Bestemmelsen er en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 1-3 annet ledd nr. 8. Se omtale under punkt 11.6.16.

Til § 5-2 Beredskapsarbeid

I *første punktum* videreføres en plikt for kommunen til å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap, jf.

dagens kommunehelsetjenestelov § 1-5 om beredskapsarbeid. I *annet punktum* videreføres kravet om at planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. Se omtale i kapittel 36.

Til § 5-3 Tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner

Se omtale i kapittel 36

Til § 5-4 Politiattest

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 3-1 og sosialtjenesteloven § 8-10.

I første ledd presiseres det at kravet til politiattest gjelder for enhver som yter tjeneste til barn eller utviklingshemmede enten de er ansatt i kommunen eller i privat virksomhet, eller er private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av kommunen.

For nærmere omtale, se kapittel 37.

Til § 5-5 Medisinsk faglig rådgivning

Bestemmelsen er en videreføring gjeldende rett, men med et unntak. I dag skal kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd. Denne særlige saksbehandlingsregelen anser departementet at det ikke lenger er behov for. Forvaltningsloven har regler om forsvarlig saksbehandling og departementet kan ikke se at det er behov for regler som avviker fra dette. Det vil kunne være å betrakte som en saksbehandlingsfeil om en innstilling innen nevnte fagområder ikke forelegges kommunelegen eller fremmes uten at dennes syn fremkommer. For nærmere omtale, se kapittel 15.

Til § 5-6 Sprøyterom

Bestemmelsen er en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 1-3 fjerde ledd.

Til § 5-7 Registrering

Bestemmelsen er en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 1-3b.

Til § 5-8 Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen

Bestemmelsen er en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 3-4.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Alle bestemmelsene i kapittel 6 har som målsetting å fremme samhandling og er nye i forhold til någjeldende helse- og omsorgslovgivning.

Bestemmelsene i lovforslagets kapittel 6 er i all hovedsak omtalt i høringsnotatets kapittel 25. Det vises til dette kapittel for nærmere omtale av lovforslagene. § 7-1 tredje ledd er omtalt i høringsnotatets kapittel 35. § 6-7 er omtalt under punkt 24.4.2.

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Til § 7-1. Individuell plan

I *første ledd* er det foreslått en plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette er en videreføring av reglene i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, jf. også sosialtjenesteloven § 4-3a. Pliktsubjektet etter forslaget er kommunen. Retten til individuell plan er foreslått regulert i pasientrettighetsloven § 2-5, jf. forslag til endring av denne bestemmelsen med merknader.

I *andre ledd* er det foreslått en ny regel for å klargjøre hvem som har ansvaret for å sette i gang arbeidet med planen og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient har behov for tilbud både etter den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven. Etter forslaget skal kommunen ha dette ansvaret. Forslaget innebærer at kommunen vil ha et hovedansvar for å utarbeide individuell plan, med det fratar ikke spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke i arbeidet.

I *tredje ledd* er det foreslått en hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter og om planens innhold. Dette innebærer en videreføring av gjeldende regler.

For nærmere omtale av individuell plan vises til kapittel 22.

Til § 7-2. Koordinator

I *første ledd* er det foreslått en plikt for kommunen til å oppnevne koordinator. Forslaget innebærer en lovfesting av regler som i dag framgår av forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven, jf. denne forskriften § 2 bokstav a.

I *andre ledd* er det foreslått en hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om ansvaret for koordinator.

For nærmere omtale av koordinatorrollen vises til punkt 22.4.4.

Til § 7-3. Koordinerende enhet

I *første ledd* er det foreslått en plikt for kommunen til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Forslaget innebærer en lovfesting av regler

som i dag framgår av forskrift om habilitering og rehabilitering § 8. Det er i tillegg foreslått at enheten skal ha et systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

I *andre ledd* er det foreslått en hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om ansvaret for koordinerende enhet.

For nærmere omtale av plikt til å ha en koordinerende enhet vises til punkt 23.1.2 og 23.3.2.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Til § 8-1 Undervisning og praktisk opplæring

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 6-1. For nærmere omtale vises til kapittel 17.

Til § 8-2 Videre- og etterutdanning

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 6-2. For nærmere omtale vises til kapittel 17.

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

Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A er i hovedsak foreslått videreført uendret. Disse reglene er nærmere omtalt i kapittel 33. Det er foreslått enkelte tilpasninger. Disse går ut på at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a skal legges til grunn i stedet for å ha særregler om hvem som skal anses som pårørende i den nye loven. I tillegg er det foreslått at begrepene "spesialisthelsetjenestene" og "de spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for" erstattes med "spesialisthelsetjenesten." Disse begrepsendringene innebærer ingen realitetsendringer.

Forskriftshjemmelen i § 9-14 gir ikke adgang til å gi regler om organisering av kommunens virksomhet.

Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere

Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 6 er i hovedsak foreslått videreført uendret. Disse reglene er nærmere omtalt i kapittel 34. Sosialtjenesteloven § 6-1 foreslås imidlertid ikke videreført. De tjenestene som er regulert i denne bestemmelsen, vil falle inn under den overordnede reguleringen av helse- og omsorgstjenester i lovforslaget § 3-2 nr. 1 til nr. 6.

Det er foreslått enkelte mindre tilpasninger. Disse går ut på at "sosialtjenesten" erstattes med "kommunen". I tillegg er det foreslått at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b skal legges til grunn i stedet for å ha særregler om

dette i den nye loven. Det er også foreslått at begrepet "klienten" erstattes med "pasienten eller brukeren".

Forslaget til § 10-8 er en videreføring av sosialtjenesteloven § 10-4. "Sosialtjenesten" i kommunen er erstattet med "kommunen".

Kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

Til § 11-1 Kommunens ansvar for utgifter

Første ledd fastslår at kommunen er ansvarlig for de bevilgninger som er nødvendige for å yte de tjenester og sette i verk de tiltak kommunen er ansvarlig for etter denne lov. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 første ledd og annet ledd, og sosialtjenesteloven § 11-1 første ledd.

I annet ledd er det foreslått en videreføring av sosialtjenesteloven § 11-1 andre ledd første punktum. Sosialtjenesteloven § 11-1 andre ledd andre punktum er foreslått erstattet av en ny regel om at departementet i visse tilfeller kan gi forskrifter om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling. Denne forskriftshjemmelen gjelder for tilfeller der en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende har fast bosted eller fast opphold. Hensikten med forskriftshjemmelen er å gi en mulighet for å videreføre gjeldende ordning.

Tredje ledd første punktum er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 annet ledd. Annet punktum fastslår at avtaler om å yte tjenester for kommunen ikke kan overdras, og er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4-1 siste ledd. Siste punktum er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4-2 siste ledd.

Fjerde ledd fastslår at kommunen skal dekke reiseutgifter for behandlingspersonell som gir helsetjenester etter folketrygdlovens kapittel 5, og er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd.

Femte ledd gir departementet muligheten til å gi nærmere forskrifter om dekning av reiseutgifter for helsepersonell mv., og er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-1 fjerde ledd.

For nærmere omtale av bestemmelsen, se kapittel 29.

Til § 11-2 Vederlag for helse- og omsorgstjeneste

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 2-3 første ledd og siste ledd. For nærmere omtale, se punkt 29.3.2.

Til § 11-3 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester

Departementet kan etter denne bestemmelsen i forskrift gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, og fastsette

kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes. For nærmere omtale, se kapittel 30.

Til § 11-4 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Første ledd innebærer at det lovfestes at kommunen har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én.

Annet ledd gir kommunen en plikt til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter.

Tredje ledd presiserer at departementet i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser etter første ledd. Bestemmelsen gir også departementet hjemmel til i forskrift å fastsette hva samarbeidsavtale etter andre ledd minimum skal inneholde.

For nærmere omtale av bestemmelsen, se kapittel 31.

Til § 11-5 Tilskudd fra staten

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 5-2 og sosialtjenesteloven § 11-6. For nærmere omtale, se kapittel 29.

Kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

Til § 12-1 Taushetsplikt

Bestemmelsen presiserer at forvaltningsloven §§ 13 – 13e skal komme til anvendelse overfor enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter loven. Forslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett og tilsvarer spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 første ledd. For nærmere omtale, se punkt 8.3.1.6.

Til § 12-2 Legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjeneste

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-1a. For nærmere omtale, se punkt 16.6.8.

Til § 12- 3 Pasienters og brukeres medvirkning

Bestemmelsen skal sikre pasient- og brukermedvirkning innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og er bygd opp etter modell av den ordning som gjelder i spesialisthelsetjenesten, jf. helseforetaksloven § 35. For nærmere omtale av bestemmelsen, se kapittel 35.

Til § 12-4 Statlig tilsyn

I *første ledd* framgår det hva den regionale tilsynsinstansen skal føre tilsyn med. Tilsynet skal gjelde lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter etter nærmere angitte kapitler og bestemmelser. Departementet har ikke konkludert i spørsmålet om Helsetilsynet i fylket eller Fylkesmannen skal være regional tilsynsinstans.

I *andre ledd* er det klargjort at reglene i kommuneloven kapittel 10 A om statlig tilsyn med kommunen eller fylkeskommunen skal gjelde tilsvarende for tilsynsvirksomhet etter første ledd.

Tredje ledd viderefører enkelte av bestemmelsene i sosialtjenesteloven § 2-6 første ledd. Etter forslaget skal Fylkesmannen fortsatt være tilsynsmyndighet når det gjelder bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og når det gjelder tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere, jf. kapittel 9 og 10. Tilsynet skal gjelde lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter etter disse kapitlene. I tillegg er det foreslått at bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 2-6 første ledd andre punktum om stedlig tilsyn videreføres.

For nærmere omtale vises til kapittel 27.

Kapittel 13. Ikrafttredelse, endringer i andre lover, overgangsbestemmelser

Til § 13-1 Ikrafttredelse

Forslaget innebærer at Kongen kan beslutte delt ikraftsetting.

Til § 13-2 Opphevelse av andre lover

Fra tidspunkt for ikrafttredelse blir følgende lover opphevet: Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen, lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Til § 13-3 Eldre forskrift, vedtekt mv.

Forslaget innebærer at forskrift, vedtekt, instruks eller lignende gitt med hjemmel i tidligere lov som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder fortsatt i den utstrekning den ikke strider mot loven her eller forskrift, vedtekt, instruks eller lignende gitt i medhold av den.

Forslag til endringer i andre lover

Helsepersonelloven

Til § 3 Definisjoner

Det foreslås i *tredje ledd* en presisering av definisjonen av helsehjelp i tråd med pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Endringen viderefører gjeldende rett. Se omtale i kapittel 20.

Fjerde ledd er en teknisk endring som følge av opphevelse av kommunehelsetjenesteloven, og avgrensning mot visse institusjonsformer. Se omtale i punkt 7.4.2.

Til § 4 andre ledd

Den foreslåtte endringen innebærer at helsepersonell har plikt til å delta i arbeidet med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan. Helsepersonelloven skal som hovedregel gjelde tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her, og bestemmelsen vil dermed også gjelde for personell som ikke kan defineres som helsepersonell.

Forslaget er nærmere omtalt i punkt 22.4.5.

Til § 15 a

Endringer består kun i en teknisk oppdatering av overskrift.

Til § 16 andre ledd:

Bestemmelsens andre ledd anses overflødig sett i sammenheng med andre bestemmelser om internkontroll og foreslås opphevet.

Til § 16 b

Bestemmelsene regulerer helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. Se omtale i punkt 19.6.4.6.

Til § 20a første ledd

Endringene foreslås som følge av kommunehelsetjenestelovens § 4-1 første ledd ikke videreføres i ny kommunal helse- og omsorgslov. Dette er likevel kun en språklig endring, som ikke innebærer en endring i rettstilstanden. For nærmere omtale, se kapittel 37.

Til § 32 Opplysninger til sosialtjenesten

Bestemmelsen justeres fordi sosialtjeneste inngår i begrepet helse- og omsorgstjeneste.

Ny § 38a. Melding om behov for individuell plan og koordinator

Forslaget pålegger helsepersonell en plikt til snarest mulig å gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator. Det er også presisert hvem meldingen skal gis til. Forslaget er omtalt i punkt 22.4.5.

Pasientrettighetsloven

Til § 1-3, ny bokstav f):

Bestemmelsen definerer begrepet bruker. Se omtale i punkt 6.5 og kapittel 21.

Til ny § 2-1a:

Bestemmelsen gir regler om helse- og omsorgstjenester fra kommunen. *Første og andre ledd* er en videreføring gjeldende rett med nødvendige tekniske tilpasninger. *Tredje ledd* gir pasient og bruker rett til verdig tjenestetilbud. Se omtale i punkt 20.5.6.

Til ny § 2-1b:

Bestemmelsen gir regler om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett. Se omtale i punkt 20.5.3.

Til ny § 2-1c:

Bestemmelsen gjelder pasientrettigheter i fastlegeordningen og viderefører gjeldende rett. Se omtale i punkt 11.2.2, 21.2.2 og 16.6.4.

Forskrifthjemmelen gir ikke adgang til å gi regler om organisering av kommunens virksomhet.

Til ny § 2-1d:

Bestemmelsen viderefører gjeldende rett for tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver. Se omtale i punkt 20.5.9.

Til § 2-5. Rett til individuell plan
Forslaget er en videreføring av gjeldende rett. For nærmere omtale vises til punkt 22.4.2.

Til § 2-7. Forvaltningslovens anvendelse

I *første ledd* er det foreslått at forvaltningsloven kapittel IV og V ikke skal gjelde for vedtak som treffes etter pasientrettighetsloven kapittel 2. Dette innebærer at de øvrige

reglene i forvaltningsloven skal gjelde for enkeltvedtak. Forslaget gjelder både for kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenesten.

I *andre ledd* er det foreslått en bestemmelse avgrenset til vedtak om hjelp etter den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2. Ifølge dette forslaget skal hovedregelen være at bestemmelsene i forvaltningsloven kapittel IV og V likevel skal komme til anvendelse for vedtak om hjemmetjenester og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker.

I *tredje ledd* er det foreslått en videreføring av unntak fra forvaltningsloven som i dag gjelder etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven om forholdet til konkurrerende søkere hvis flere samtidig søker om tjenester det er knapphet på.

For nærmere omtale vises til kapittel 9, særlig punkt 9.4.5

Til § 6-1 nytt andre ledd:

Bestemmelsen er en videreføring av dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven 2-2 andre ledd. Se omtale i punkt 20.5.5.

Til ny § 6-5:

Bestemmelsen viderefører gjeldende regler om barns partsrettigheter. Se omtale i punkt 21.5.7.

Til pasientrettighetsloven kapittel 7:

Til § 7-1 Anmodning om oppfyllelse

Bestemmelsen foreslås opphevet, jf. nærmere omtale i punkt 26.5.3.

Til § 7-2. Klage

Forslaget er en videreføring av gjeldende bestemmelser i § 7-2, jf. § 7-1 andre og tredje ledd, som gjelder tilsvarende ved klage etter § 7-2. I tillegg er det foreslått en endring, slik at klagen ikke skal sendes til klageinstansen, men til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen. Forslaget gjelder både for kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenesten.

Departementet har ikke konkludert i spørsmålet om Helsetilsynet i fylket eller Fylkesmannen skal være klageinstans.

For nærmere omtale vises til kapittel 26.

Til § 7-3. Klagens form og innhold

Forslaget er en videreføring av gjeldende bestemmelse, med presisering av at den også gjelder for "brukeren". Det framgår av forslaget at departementet ikke har konkludert i spørsmålet om Helsetilsynet i fylket eller Fylkesmannen skal være klageinstans. For nærmere omtale vises til punkt 26.3.3.

Til § 7-4 Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd.

Forslaget er en videreføring av gjeldende bestemmelse, med presisering av at den også gjelder for "brukeren", jf. punkt 26.3.3.

Til § 7-5. Frist for klage

Etter dagens § 7-5 er fristen for anmodning etter § 7-1 fire uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en anmodning, mens fristen for å klage er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen. Dette er omtalt i punkt 26.3.3. Det foreslås at fristen for å klage settes til fire uker fordi adgangen til å anmode om oppfyllelse etter § 7-1 foreslås opphevet.

Det framgår av forslaget at departementet ikke har konkludert i spørsmålet om Helsetilsynet i fylket eller Fylkesmannen skal være klageinstans.

Til § 7-6. Forvaltningslovens anvendelse

I *første ledd* første punktum er det foreslått at forvaltningslovens regler om behandling av klage over enkeltvedtak som hovedregel skal gjelde så langt de passer. Endringen består i at dette ikke bare skal gjelde ved behandling i klageinstansen, men også ved behandling i underinstansen. Som nytt andre punktum er det foreslått en bestemmelse om klageinstansens kompetanse ved prøving av vedtak fra kommunen. Etter dette forslaget skal klageinstansen ved prøving av kommunale vedtak "legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn". Dette betyr at terskelen for å prøve kommunens frie skjønn skal være høyere enn den er etter regelen i forvaltningsloven § 34 andre ledd tredje punktum. Det er også foreslått en presisering av hva klageinstansen skal vektlegge ved prøving av kommunens frie skjønn.

I *andre ledd* er det foreslått en avskjæring av klageinstansens kompetanse til å treffe nytt vedtak. Det er presisert at klageinstansen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen, men at klageinstansen ikke selv kan treffe nytt vedtak i saken.

For nærmere omtale vises til kapittel 26, særlig punkt 26.5.4 og punkt 26.5.9.

<u>Helseregisterloven</u>

Til § 6 nytt fjerde ledd

Fjerde ledd første punktum gir Kongen hjemmel til i forskrift å pålegge elektronisk føring av pasientjournaler. *Andre punktum* om utlevering av helseopplysninger utvider ikke adgangen til å utlevere helseopplysninger, men åpner for å kreve at utlevering skal skje i elektronisk form. Det er derfor en forutsetning at blant annet reglene om taushetsplikt overholdes. Plikten til elektronisk føring og kommunikasjon vil rette seg mot virksomheter, men også mot helsepersonell i den grad disse driver egen praksis. Se omtale i kapittel 32.

Til § 16 fjerde ledd andre punktum

Det inntas en presisering av at bestemmelsen også omfatter sertifisering. Se omtale i kapittel 32.

Spesialisthelsetjenesteloven

Til § 2-5. Individuell plan

I *andre ledd* er det foreslått en ny bestemmelse for å klargjøre at kommunene har ansvaret for å sette i gang arbeidet med planen og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient har behov for tilbud både etter den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven. Forslaget innebærer at kommunen vil ha et hovedansvar for å utarbeide individuell plan, men det fratar ikke spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke i arbeidet. Det er også foreslått en plikt for helseforetaket til å varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. I tillegg er det presisert at helseforetaket i slike tilfeller har plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan. Forslagene er omtalt nærmere i punkt 22.4.3.

Til § 2-5a. Pasientansvarlig koordinator

Forslaget erstatter bestemmelsen om pasientansvarlig lege m.m. i § 3-7, som foreslås opphevet. Ordningen etter den nye bestemmelsen skal være profesjonsnøytral og er avgrenset til å gjelde for pasienter med behov for komplekse eller langevarige og koordinerte spesialisthelsetjenester. Det er også foreslått at koordinator skal ha et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. For nærmere omtale vises til punkt 23.1.4, 23.2.2 og 23.3.3.

Ny *§ 2-5b. Koordinerende enhet*

I *første ledd* er det foreslått en plikt for helseforetaket til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Forslaget innebærer en lovfesting av regler som i dag framgår av forskrift om habilitering og rehabilitering § 13. Det er i tillegg foreslått at enheten skal ha et systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

I *andre ledd* er det foreslått en hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om ansvaret for koordinerende enhet.

For nærmere omtale av plikt til å ha en koordinerende enhet vises til punkt 23.1.2 og 23.3.2.

Til § 3-7. Pasientansvarlig lege m.v.

Paragrafen er foreslått erstattet med ny § 2-5a.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Til § 4-1. Individuell plan

I *andre ledd* er det foreslått en ny bestemmelse for å klargjøre at kommunene har ansvaret for å sette i gang arbeidet med planen og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient har behov for tilbud både etter den nye loven og psykisk helsevernloven. Forslaget innebærer at kommunen vil ha et hovedansvar for å utarbeide individuell plan, med det fratar ikke spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke i arbeidet. Det er også foreslått en plikt for institusjonen til å varsle kommunen når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. I tillegg er det presisert at institusjonen i slike tilfeller har en plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan. Forslagene er omtalt nærmere i punkt 22.4.3.

Del III. Lovforslag

Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner

§ 1-1. Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre økt samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for tjenestemottakerne og at det er tilpasset tjenestemottakernes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

§ 1-2. Lovens virkeområde

Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen og private som har avtale med kommunen når ikke annet følger av de enkelte bestemmelsene i loven.

Departementet kan ved forskrift eller i det enkelte tilfellet bestemme hva som er helse- og omsorgtjenester etter loven her.

Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

§ 1-3. Definisjoner

I loven her menes med

a) pasient: jf. definisjon i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a
b) bruker: person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av loven her som ikke er å anse for helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c
c) helsehjelp: jf. definisjon i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c
d) pasientsikkerhet: vern mot unødig skade som påføres som følge av ytelse av helse- og omsorgstjenester eller mangel på ytelse av helse- og omsorgstjenester

e) kvalitet: i hvilken grad helse- og omsorgstjenestens 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 kunnskap

Kapittel 2. Forholdet til andre lover

§ 2-1. Forholdet til helsepersonelloven

Helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her.

§ 2-2. Forholdet til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten gjelder for virksomhet og personell med de presiseringer som følger av § 12-4 i loven her.

§ 2-3. Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særreglene som følger av loven her. For vedtak om hjelp etter § 3-2 gjelder reglene i pasientrettighetsloven § 2-7.

Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold, herunder plikt til å føre internkontroll.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organisert helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

§ 3-2. Kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder:

a) opplysning, råd og veiledning

b) helsetjeneste i skoler og

c) helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
a) heldøgns medisinsk akuttberedskap og
b) medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
a) hjemmetjenester,
b) heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon,
c) personlig assistanse og
d) avlastningstiltak.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Departementet kan i forskrift også gi nærmere bestemmelser om adgangen til suspensjon av fastlegeordningen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav.

§ 3-3. Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

Helsefremmende og forebyggende arbeid etter § 3-2 skal blant annet omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem, og iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i henhold til anerkjent faglig standard.

Kommunen skal videre gjennomføre forebyggende tiltak etter § 6 i lov ??. måned 2011 nr. ?? om folkehelsearbeid.

§ 3-4. Kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstanden

Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, jf. § 5 i lov ??. måned 2011 nr. ?? om folkehelsearbeid.

§ 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal straks motta pasienter som trenger helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling eller annen helsehjelp som kommunen kan yte.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntrer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

Kongen i statsråd kan fastsette forskrifter til utdyping av plikten etter første og andre ledd.

§ 3-6. Kommunens ansvar for pasient-, bruker og pårørendeopplæring

Kommunen skal tilby opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål til pasienter, brukere og pårørende som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker.

§ 3-7. Omsorgslønn

Kommunen skal ha tilbud om omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

§ 3-8. Boliger til vanskeligstilte

Kommunens helse- og omsorgstjeneste skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker.

§ 3-9. Brukerstyrt personlig assistanse

Kommunen skal ha tilbud om personlig assistanse etter § 3-2 nr. 6 bokstav c, i form av praktisk bistand, organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

§ 3-10. Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

I de kommuner hvor det ligger fengsler i kriminalomsorgen skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte.

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

§ 4-1. Forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter denne lov skal være forsvarlige. Herunder skal kommunen tilrettelegge sine tjenester slik at

a) den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud,
b) den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud og
c) helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. Kommunen og virksomhet som nevnt i første punktum skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

§ 4-2. Pasientsikkerhet og kvalitet

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter denne lov skal sørge for at virksomheten driver systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen, herunder krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.

§ 4-3. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på god praksis og skal understøtte det ansvaret tjenesten har for kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelig.

Kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver

§ 5-1. Transport av behandlingspersonell

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen sørge for transport av behandlingspersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet og som derfor må gis ambulant behandling på et annet behandlingssted eller i hjemmet.

§ 5-2. Beredskapsarbeid

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

§ 5-3. Tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen, å utføre nærmere tilvist arbeid.

§ 5-4. Politiattest

Kommunen skal ved tilbud om stilling eller oppdrag kreve politiattest fra personell som skal yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemming. Kravet gjelder også ved inngåelse av avtale med privat tjenesteytere, jf. § 3-2 annet ledd. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

Politiattesten skal vise om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller er dømt for brudd på straffeloven §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204a. Attesten skal være uttømmende og ikke eldre enn tre måneder.

Den som er ilagt forelegg eller er dømt for overtredelse som nevnt i andre ledd, er utelukket fra å utføre arbeid eller oppgaver som omhandlet i første ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av kravet om politiattest.

§ 5-5. Medisinsk-faglig rådgivning

Kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelege plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningssentral.

Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helse- og omsorgstjenesten.

Kommunelegen skal videresende dødsmeldinger mottatt fra leger i kommunen etter lov om helsepersonell § 36 til Dødsårsaksregisteret.

§ 5-6. Sprøyterom

Sprøyteromsordninger som er etablert i medhold av lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) er å anse som en kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er opp til den enkelte kommune å avgjøre om den ønsker å etablere en sprøyteromsordning. Kommunen kan ikke inngå avtale med private om drift av sprøyteromsordning.

§ 5-7. Registrering

Kommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i kommunen og i kommunehelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til et sentralt register.

§ 5-8. Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen

Kommunen kan pålegge personell som yter tjenester etter denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum skal

skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov.

Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

§ 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale

Kommunestyret selv skal inngå forpliktende samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak etter det regionale helseforetakets beslutning.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasientene/brukerne mottar et helhetlig og over tid sammenhengende tilbud.

Pasient- og brukerorganisasjonene skal gis anledning til å medvirke ved utarbeidelse av avtalene.

§ 6-2 Krav til avtalenes innhold

Avtalen skal omfatte:

1. Etablering av felles forståelse for hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
2. Opplegg for faste samarbeidsrutiner som sikrer helhet og sammenheng over tid i tilknytning til innleggelse, utskrivning og oppfølging av pasienter med behov for koordinerte tjenester.
3. Tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus.
4. Tiltak for utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
5. Rutiner for gjennomføring av dialog/kontakt, herunder kontaktpersoner.
6. Opplegg for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
7. Samarbeid om utdanning, praksis og læretid, jordmortjenester, IKT-løsninger lokalt og pasient- og brukermedvirkning.
8. Avtale om organisering og finansiering av oppgaver som det samarbeides om.
9. Opplegg for håndtering av uenighet ved gjennomføring og endring av avtalen.
10. Avtalen bør omfatte samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid.

§ 6-3 Frist for inngåelse av avtaler

Departementet kan fastsette en frist for når avtale som nevnt i § 6-1, skal være inngått.

§ 6-4 Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

De regionale helseforetakene skal sende avtaler som nevnt i § 6-1, til Helsedirektoratet, senest innen en måned etter at de er vedtatt, eller en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

§ 6-5 Mekling før avtaleinngåelse

Dersom avtaler som nevnt i § 6-1, ikke blir inngått innen fristen som nevnt i § 6-3, eller dersom partene ikke kommer til enighet om slik avtale, skal partene bringe saken inn for Helsedirektoratet. Helsedirektoratet skal gi råd og veiledning og søke å oppnå enighet mellom partene om inngåelse av samarbeidsavtale.

Dersom regionalt helseforetak ikke har sendt avtalene til Helsedirektoratet i samsvar med § 6-4, eller Helsedirektoratet blir varslet om oppsigelse av avtale, jf. § 6-6, kan Helsedirektoratet innkalle partene til mekling etter første ledd.

§ 6-6 Varighet og oppsigelse av avtaler

Avtalepartene skal årlig foreta en felles gjennomgang av avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelse.

Avtalepartene kan si opp avtalene med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

§ 6-7. Samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.

Den kommunen som mottar bistand etter annet ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt eller er bestemt i medhold av første ledd.

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

§ 7-1. Individuell plan

Kommunen skal utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å koordinere planarbeidet.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

§ 7-2. Koordinator

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes en koordinator. Koordinator skal ha et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og skal sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvaret for koordinator.

§ 7-3. Koordinerende enhet

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha et systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. §§ 7-1 og 7-2.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvaret for koordinerende enhet.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

§ 8-1. Undervisning og praktisk opplæring

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.

§ 8-2. Videre- og etterutdanning

Kommunen skal sørge for at dens ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven får påkrevet videre- og etterutdanning.

Kommunen skal medvirke til at ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven i privat virksomhet innen dens helse- og omsorgstjeneste får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like. Departementet kan gi nærmere forskrifter om videre- og etterutdanning av helse- og omsorgspersonell.

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

§ 9-1. Formål

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt.

Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med tjenestemottakerens selvbestemmelsesrett.

Ingen skal behandles på en nedverdigende eller krenkende måte.

§ 9-2. Virkeområde

Reglene i dette kapitlet gjelder bruk av tvang og makt som ledd i følgende tjenester til personer med psykisk utviklingshemning:

a. praktisk bistand og opplæring til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemning, alder eller av andre årsaker,
b. avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
c. støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemning, alder eller sosiale problemer,
d. plass i institusjon til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemning, alder eller av andre årsaker,
e. pleie og omsorg i hjemmesykepleie eller under opphold i institusjon.

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

§ 9-3. Rett til medvirkning og informasjon

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottakeren.

Tjenestemottakeren og pårørende, verge eller hjelpeverge, skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.

Dersom verge eller hjelpeverge ikke allerede er oppnevnt der kommunen anser det aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet, skal hjelpeverge oppnevnes. Kommunen skal begjære oppnevning av hjelpeverge dersom ikke oppnevning er begjært av andre som kan framsette slik begjæring, jf. vergemålsloven § 90 a. Opplysninger om personlige forhold som hjelpevergen mottar, kan bare gis videre dersom det er nødvendig for å utføre hjelpevergeoppdraget.

Som pårørende regnes den som er definert som pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b).

§ 9-4. Krav til forebygging

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i § 9-1 annet ledd, jf. også § 9-5 første ledd, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring etter § 8-1, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter dette kapitlet.

§ 9-5. Vilkår for bruk av tvang og makt

Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter dette kapitlet settes i verk. Kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse.

Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte tjenestemottaker. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.

Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:

a. skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner,
b. planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner eller,
c. tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

§ 9-6. Særlige grenser for bruk av enkelte tiltak

Mekaniske tvangsmidler som hindrer tjenestemottakerens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at tjenestemottakeren skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 9-5 være oppfylt.

Dersom en nødsituasjon etter § 9-5 tredje ledd bokstavene a og b gjør det nødvendig å skjerme tjenestemottakeren fra andre personer, skal skjermingen foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses. Vedkommende skal i alle tilfeller holdes under oppsyn, og skjermingen skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll.

Det er ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c som påfører tjenestemottakeren smerte eller psykisk eller fysisk skade, herunder all form for fysisk refselse, eller som innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for tjenestemottakeren eller medfører fysisk isolering.

§ 9-7. Kommunens saksbehandling

Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 9-5 tredje ledd bokstav a treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller - dersom det ikke er tid til dette - av tjenesteyteren. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Reglene

i tredje ledd bokstavene a til e og bokstav i om hva som skal nedtegnes, gjelder tilsvarende. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge eller hjelpeverge og pårørende, eller på den måten Fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 9-11 første ledd.

Vedtak i medhold av § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c treffes av den som har det overordnete faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene.

Vedtaket skal settes opp skriftlig og inneholde:

a. tjenestemottakerens navn og tid og sted for vedtaket,
b. beskrivelse av tjenestemottakerens situasjon og en faglig vurdering av denne,
c. beskrivelse av de tiltakene som skal settes i verk og den faglige begrunnelsen for disse,
d. fastsettelse av tidsramme for tiltakene,
e. bekreftelse på at vilkårene i kapitlet er oppfylt, herunder begrunnelse etter § 9-5 første ledd annet punktum,
f. opplysning om hvilken holdning tjenestemottakeren og dennes representant har til tiltaket,
g. angivelse av faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket,
h. opplysning om Fylkesmannens overprøvingsmyndighet og adgang til å uttale seg i saker som skal overprøves etter § 9-8, og
i. opplysning om tilsynsmyndighet.

Vedtaket skal sendes Fylkesmannen til overprøving etter § 9-8. Vedtaket skal samtidig sendes spesialisthelsetjenesten, verge eller hjelpeverge og pårørende som kan avgi uttalelse til Fylkesmannen. Frist for å avgi slik uttalelse er en uke fra vedtaket er mottatt. Vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av Fylkesmannen. Dersom vedtaket er påklaget etter § 9-11 annet ledd, kan vedtaket ikke iverksettes før fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har godkjent vedtaket.

§ 9-8. Fylkesmannens overprøving

Fylkesmannen skal overprøve vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c, jf. § 9-7 fjerde ledd. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Fylkesmannen skal gi vergen eller hjelpevergen og pårørende opplysning om klageadgangen etter § 9-11 annet ledd.

§ 9-9. Krav til gjennomføring og evaluering

Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c.

Tjenestemottakeren har rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c. Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere til stede dersom dette ikke er til ugunst for tjenestemottakeren.

Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høgskolenivå. Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet.

Tiltaket skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks, dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger.

§ 9-10. Plikt til å føre journal

Reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder.

§ 9-11. Klage

Beslutning etter § 9-5 tredje ledd bokstav a kan påklages av tjenestemottakeren, verge eller hjelpeverge og pårørende til Fylkesmannen. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c som er overprøvd av Fylkesmannen etter § 9-8, kan påklages av tjenestemottakeren, vergen eller hjelpevergen og pårørende til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Klageadgangen gjelder også hvis Fylkesmannen har nektet å godkjenne kommunens vedtak, forutsatt at kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre tiltaket. Fylkesnemnda skal prøve alle sider av saken.

Det kan oppnevnes et eget utvalg av fagkyndige for saker som etter reglene i dette kapitlet skal behandles av fylkesnemnda. Forhandlingsmøte for saker etter denne bestemmelsen, skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og 7-11 til 7-21. Kongen kan gi forskrift om at disse reglene skal gjelde helt eller delvis.

Klagesaken skal forberedes av Fylkesmannen etter bestemmelsene i forvaltningsloven § 33 første til fjerde ledd. Fylkesmannen skal redegjøre for de omstendigheter som ligger til grunn for vedtaket. De skriftlige uttalelser og forklaringer som vedtaket bygger på, skal vedlegges. Det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda.

Klagefristen er tre uker fra vedtaket eller melding om beslutning er kommet fram til den som har klagerett etter første og annet ledd.

§ 9-12. Overprøving i tingretten

Vedtak i klagesak etter § 9-11 annet ledd kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har nektet å godkjenne kommunens vedtak.

Saksøker er den som tvangsinngrepet er rettet mot. Vedkommende kan reise sak på egen hånd dersom han har evne til å forstå hva saken gjelder. Søksmål kan også reises av

pårørende, verge eller hjelpeverge. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder § 6-5 i pasientrettighetsloven.

Fristen til å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket.

§ 9-13. Spesialisthelsetjenesten

Reglene i dette kapitlet gjelder tilsvarende for spesialisthelsetjenesten når den deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 9-7.

Som ledd i spesialisthelsetjenestens utførelse av oppgaver etter §§ 9-7 og 9-9, kan det treffes vedtak om bruk av tvang og makt i medhold av reglene i dette kapitlet. Saksbehandlingsreglene i dette kapitlet gjelder så langt de passer.

Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet.

§ 9-14. Forskrift

Kongen kan gi forskrift til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapitlet.

Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere

§ 10-1. Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende

Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

En persons pårørende etter første ledd er den som er definert som pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 10-2. Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke.

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

Et vedtak etter første ledd skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av pasienten under institusjonsoppholdet.

Fylkesnemndas vedtak etter første ledd kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen seks uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal et forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelmisbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a andre ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom sosialtjenesten treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-4. Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

Når en rusmiddelmisbruker på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a andre ledd, kan institusjonen sette som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold. Dersom misbrukeren rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt misbrukeren er brakt tilbake til institusjonen.

Samtykket skal være skriftlig og skal gis til institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner. Slikt samtykke kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 og 10-3. Før misbrukeren gir sitt samtykke, skal han eller hun gjøres kjent med eventuelle vilkår som nevnt i første og andre ledd.

Institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at pasienten før oppholdet begynner, gir samtykke til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet.

Et barn over 12 år med rusproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

§ 10-5. Bruk av fylkesnemnda i saker etter §§ 10-2 og 10-3

Barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-23 gjelder tilsvarende for saker etter §§ 10-2 og 10-3 i den utstrekning annet ikke fremgår av loven her.

Forhandlingsmøte for saker etter §§ 10-2 og 10-3, skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14.

§ 10-6. Innledning til sak etter §§ 10-2 og 10-3

En sak etter §§ 10-2 og 10-3 innledes ved at kommunen utarbeider begjæring om tiltak etter vedkommende bestemmelse.

Dersom begjæringen skal forelegges et folkevalgt organ, skal begjæringen, dersom organet er enig, med eventuelle merknader omgående sendes til fylkesnemnda. Haster saken, kan den sendes til nemnda uten at den er forelagt det folkevalgte organet på forhånd.

§ 10-7. Overprøving av fylkesnemndas vedtak

Nemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36 av den private part eller av kommunen. Kommunen er part i saken. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasientrettighetsloven § 6-5.

Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket. Det kan gis oppfriskning etter tvisteloven mot oversittelse av fristen.

Kommunen dekker sine egne omkostninger i saken.

§ 10-8. Ansvaret for å reise tvangssak

Ansvaret for å reise sak etter §§ 10-2 og 10-3 har den kommunen der rusmiddelmisbrukeren oppholder seg. Ved avtale mellom de berørte kommuner kan ansvaret overføres til en annen kommune som rusmiddelmisbrukeren har tilknytning til.

Den kommunen som har reist saken, har ansvaret for iverksetting av vedtaket. Endring i rusmiddelmisbrukerens tilknytning til kommunen medfører ingen endring i ansvarsforholdet hvis det ikke bli inngått avtale som nevnt i første ledd andre punktum.

Kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

§ 11-1. Kommunens ansvar for utgifter

Kommunen skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte de tjenester og sette i verk de tiltak kommunen har ansvaret for etter loven her. Utgifter til bedriftshelsetjeneste dekkes ikke av kommunen.

Kostnadene ved de tjenester og tiltak som er nevnt i første ledd, skal dekkes av den kommunen som etter § 3-1 og § 10-8 er ansvarlig for å yte tjenesten eller sette i verk tiltaket. Departementet kan gi forskrifter om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der en pasient eller bruker får tjenester av en annen kommune enn der vedkommende har fast bosted eller fast opphold, og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling i slike tilfeller.

Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen skal delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen. Avtaler som nevnt i denne paragrafen kan ikke overdras. Departementet kan gi nærmere forskrifter om privat helse- og omsorgsvirksomhet.

Kommunen dekker reiseutgifter for behandlingspersonell som gir helsetjenester etter lov om folketrygd kapittel 5. Det samme gjelder for kommunalt ansatt helsepersonell eller helsepersonell som har avtale med kommunen for å yte helsehjelp, herunder helsepersonell ansatt ved familievernkontor. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet og derfor må gis ambulant behandling på et annet behandlingssted eller i hjemmet.

Departementet gir nærmere forskrifter om dekning av reiseutgifter for behandlingspersonell, og kan gi bestemmelser om dekning av reiseutgifter i andre tilfeller enn nevnt i tredje ledd. Videre kan det gis bestemmelser om fast skyssgodtgjørelse til behandlingspersonell.

§ 11-2. Vederlag for helse- og omsorgstjeneste

For hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen, kan kommunen kreve vederlag av brukeren når dette følger av lov og forskrift.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om vederlag.

§ 11-3. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes.

§ 11-4. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Kommunen skal fra og med dag en dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstilbud.

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Kommunen kan inngå slik avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Departementet fastsetter forskrift om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, og betalingssatser etter første ledd. Departementet fastsetter også forskrift om hva samarbeidsavtale etter andre ledd minimum skal inneholde.

§ 11-5. Tilskudd fra staten

Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene etter regler gitt av Kongen.

Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til helsetjenester etter de regler som er fastsatt i og i medhold av lov om folketrygd.

Kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

§ 12-1. Taushetsplikt

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 121.

Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tillitten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning.

Opplysninger til andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 kan bare gis når dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter denne loven, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

Dersom et barns interesser tilsier det, kan Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket eller departementet bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt, selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent.

§ 12-2. Legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjeneste

Departementet fastsetter hvert år en samlet ramme for

1. antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten,
2. antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om innhold og gjennomføring av legefordeling til kommunehelsetjenesten.

§ 12-3. Pasienters og brukeres medvirkning

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av denne lov, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

§ 12-4. Statlig tilsyn

Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3, 4, 5, 6, 7, 8, §§ 11-2, 11-3, 11-4 og 12-3.

Reglene i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) kapittel 10 A gjelder tilsvarende for tilsynsvirksomheten etter første ledd.

Fylkesmannen skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter etter kapitlene 9 og 10. Ved tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c skal det også føres stedlig tilsyn.

Kapittel 13. Ikrafttredelse, endringer i andre lover, overgangsbestemmelser

§ 13-1. Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelser i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

§ 13-2. Opphevelse av andre lover

Fra tidspunktet for ikrafttredelse blir følgende lover opphevet: Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

§ 13-1. Eldre forskrift, vedtekt m.v.

Forskrift, vedtekt, instruks e.l. gitt med hjemmel i tidligere lov som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder fortsatt i den utstrekning den ikke strider mot loven her eller forskrift, vedtekt instruks e.l. gitt i medhold av den.

Forslag til endringer i andre lover

1. Helsepersonelloven

§ 3 tredje ledd skal lyde:

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, *rehabiliterende eller pleie- og omsorgs* mål og som utføres av helsepersonell.

§ 3 fjerde ledd skal lyde:

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under lov om spesialisthelsetjenesten og *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, med unntak for aldershjem og barneboliger.*

§ 4 andre ledd skal lyde:

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. *Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasientrettighetsloven § 2-5.*

§ 15 a. Endringer i overskrift:

§ 15 a Opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse - *og omsorgs*tjenesten *og spesialisthelsetjenesten*

§ 16 andre ledd oppheves.

Ny 16 b) skal lyde:

§ 16 b. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på god praksis og skal understøtte det ansvaret tjenesten har for kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.
Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelige.

Ny § 20a første ledd om krav til politiattest skal lyde:

Helsepersonell som skal yte helsehjelp til barn eller personer med utviklingshemming, har plikt til å fremlegge politiattest ved tilbud om stilling, *ved inngåelse av avtale om å yte helse- og omsorgstjenester jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 annet ledd,* inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd, samt ved melding om åpning, overtagelse, og inntreden i privat virksomhet, jf. § 18. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

§ 32 skal lyde:

§ 32 *Opplysninger til helse- og omsorgstjenesten*

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra *den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, og skal av eget tiltak gi *helse- og omsorgstjenesten* opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til *helse- og omsorgstjenesten*, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. lov om *kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-3.* Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om *kommunale helse- og omsorgstjenester,* skal helsepersonell gi slike opplysninger

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

Ny § 38a: *Melding om behov for individuell plan og koordinator*

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. pasientrettighetsloven § 2-5, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § A og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a. Personell som yter kommunale helse- og omsorgstjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen. Personell som yter hjelp etter spesialisthelsetjenesteloven, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten.

2. Pasientrettighetsloven

§ 1-3, ny bokstav f) skal lyde:

bruker: person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og som ikke er å anse for helsehjelp etter bokstav c).

§ 2-1 oppheves.

Ny § 2-1a skal lyde:

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

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter lov ??. måned 201? nr. ?? om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Pasient og bruker har rett til verdig tjenestetilbud i samsvar medlov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1 annet ledd bokstav b.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helse- og omsorgstjenester som pasient og bruker kan ha rett til.

Ny § 2-1b skal lyde:

§ 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.

Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen det tidspunktet som er fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, fordi det ikke finnes et adekvat tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastsettelse av og informasjon om tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i annet ledd, herunder en frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta nødvendig helsehjelp. Departementet kan i forskrift også gi nærmere bestemmelser om organiseringen av og oppgjøret for tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

Ny § 2-1c skal lyde:

§ 2-1c. Pasientrettigheter i fastlegeordningen

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § ????. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden.

Personer som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

Rettigheter i første og annet ledd gjelder ikke i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § ????.

Departementet kan gi forskrift til gjennomføring og utfylling av pasientrettighetene i fastlegeordningen, herunder om barns plassering på liste og om rett til å bytte fastlege.

Ny § 2-1d skal lyde:

§ 2-1d. Tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver

De som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i.

I § 2-5 gjøres følgende endringer:

§ 2-5. Rett til individuell plan

Pasient *og bruker* som har behov for langvarige og koordinerte helse- *og omsorgs*tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester,* spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

I § 2-7 gjøres følgende endringer:

§ 2-7. Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder ikke for vedtak som treffes etter dette kapitlet.

For vedtak om hjelp etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særreglene som følger av loven her.

Er det flere som samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, regnes de ikke som parter i samme sak. En søker som mener seg forbigått, kan ikke klage over at en annen har fått ytelsen.

I Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon, gjøres følgende endringer:

Gjennomgående tekniske endringer slik at rettigheter som i dag gjelder for ”pasienter” også skal gjelde for ”brukere”, jf. forslag til ny definisjon av ”bruker” i § 1-3 bokstav f).

I Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp, gjøres følgende endringer:

Gjennomgående tekniske endringer slik at rettigheter som i dag gjelder for ”pasienter” også skal gjelde for ”brukere”, jf. forslag til ny definisjon av ”bruker” i § 1-3 bokstav f).

I Kapittel 5. Rett til journalinnsyn, gjøres følgende endringer:

Gjennomgående tekniske endringer slik at rettigheter som i dag gjelder for ”pasienter” også skal gjelde for ”brukere”, jf. forslag til ny definisjon av ”bruker” i § 1-3 bokstav f).

Nytt andre ledd i § 6-1. Barns rett til helsekontroll, som lyder:

Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.

Ny § 6-5 skal lyde:

§ 6-5. Partsrettigheter ved søksmål

Et barn kan opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelmisbrukere under 18 år, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 10, skal barnet alltid regnes som part.

§ 7-1

Oppheves

§ 7-2. Klage

Pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan *klage til Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.*

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsen i § 2-1 femte ledd ikke er overholdt, kan klage til en klagenemnd som oppnevnes av departementet. Klagenemnda skal ha fem medlemmer. Lederen skal være jurist. Departementet oppnevner medlemmer og deres personlige varamedlemmer for to år om gangen. Det er adgang til å gjenoppnevne medlemmer og varamedlemmer.

Første ledd gjelder tilsvarende for andre som mener de ikke har fått sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6 oppfylt.

Pasientens eller brukerens representant etter første og andre ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens vegne, eller som har samtykkekompetanse etter kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge fram skriftlig fullmakt.

§ 7-3. Klagens form og innhold

Klage til *Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen* skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten *eller brukeren* eller den som representerer pasienten *eller brukeren.* Klagen bør nevne det forhold som det klages over og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen. Inneholder klagen feil eller mangler, setter *Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen* en kort frist for rettelse eller utfylling.

§ 7-4. Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd

Pasienten, *brukeren* eller andre som har rett til det kan, dersom *vedkommende* mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven er brutt til ulempe for seg, be tilsynsmyndigheten om en vurdering av forholdet. Tilsynsmyndigheten kan eventuelt ilegge en administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Reglene i dette kapitlet kommer ikke til anvendelse på slike anmodninger.

§ 7-5. Frist for klage

Fristen for *klage* etter § 7-1 er fire uker etter at vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en *klage.*

§ 7-6. Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningslovens regler om behandling *av klager over enkeltvedtak* gjelder så langt de *passer*, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet. *Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene ut over lovens krav.*

Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen. Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen kan ikke selv treffe nytt vedtak i saken.

3. Spesialisthelsetjenesteloven

Endringer i § 2-1a:

§2-1a første ledd nr. 6 skal lyde:

6. transport til undersøkelse eller behandling i *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* og spesialisthelsetjenesten og

§ 2-1a nytt andre og tredje ledd skal lyde:

Det regionale helseforetakets ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold, herunder plikt til å føre internkontroll.

Det regionale helseforetakets ansvar etter første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

Nåværende andre, tredje og fjerde ledd blir fjerde, femte og sjette ledd.

§ 2-1a nytt syvende ledd skal lyde:

De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-1.

Nåværende femte ledd blir åttende ledd.

§ 2-2 skal lyde:

§ 2-2 Plikt til forsvarlighet

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. *Herunder skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at*

a) personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og
b) den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helsetjenestetilbud.

Ny § 2-2 a skal lyde:

§ 2-2 a. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på god praksis og skal understøtte det ansvaret tjenesten har for kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelige.

§ 2-5. *Individuell plan*

Helseforetaket skal utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å koordinere planarbeidet. Helseforetaket skal varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

Ny § 2-5a skal lyde:

§ 2-5a. *Pasientansvarlig koordinator*

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes en koordinator. Koordinator skal ha et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og skal sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvaret for koordinator.

Ny § 2-5b skal lyde:

§ 2-5b. *Koordinerende enhet*

Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. I tillegg skal enheten skal ha et systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. §§ 2-5 og 2-5a.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvaret for koordinerende enhet.

Ny § 2-6 skal lyde:

§ 2-6. Utskrivningsklare pasienter

Regionalt helseforetak skal inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivningsklare pasienter, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 11-4.

Departementet fastsetter forskrift om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, og betalingssatser etter første ledd. Departementet fastsetter også forskrift om hva samarbeidsavtale etter første ledd minimum skal inneholde.

§ 3-2 første ledd skal lyde:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. *Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.*

§ 3-3 oppheves. Ny § 3-3 skal lyde:

§ 3-3. Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Formålet med meldeplikten er bedre pasientsikkerhet ved at meldingene brukes for å avklare årsaker til hendelsen for så å forebygge at tilsvarende hendelse skjer igjen.

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal sørge for at meldinger om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen snarest rapporteres til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Melding skal gis uten identifikasjon av pasientens navn eller fødselsnummer.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å bedre pasientsikkerheten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal sikre konfidensialitet for den som melder.

Ved mistanke om alvorlig svikt på systemnivå skal Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten varsle Statens helsetilsyn om forholdet og senest samtidig orientere virksomhetens ledelse om forholdet.

Melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon mot den som har meldt, i medhold av lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. kapittel 11. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 annet ledd.

Kongen i statsråd kan gi forskrift om meldinger som nevnt i annet ledd, og om det nærmere innholdet i meldingene. Departementet kan også bestemme at helsetjenester som ikke er knyttet til helseinstitusjon, skal omfattes av meldeplikten etter annet ledd.

§ 3-4 oppheves. Ny § 3-4 skal lyde:

§ 3-4 Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg

Virksomheten kan opprette ett eller flere utvalg som skal understøtte virksomhetens arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet som ledd i den internkontroll institusjonen er pliktig til å føre i henhold til § 3 i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Opprettelse av utvalg etter bestemmelsen her fritar ikke virksomhetens ledelse for sitt ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Utvalgene kan uten hinder av taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av deres arbeid.

Departementet kan gi forskrift om utvalgenes arbeid, herunder om informasjon til pasienter og om habilitet for utvalgets medlemmer.

Ny § 3-4 b skal lyde:

§ 3-4 b. Pasientsikkerhet og kvalitet

Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten driver systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet.

Med pasientsikkerhet menes vern mot unødig skade som påføres pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller mangel på ytelse av helsetjeneste.

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 kunnskap.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen.

§ 3-7. Om pasientansvarlig lege m.m., oppheves.

§ 4-2 fjerde ledd:

Nytt andre punktum i § 4-2 fjerde ledd skal lyde:

"Departementet kan ved forskrift gi nærmere regler for tildeling av avtalehjemmel til lege- og psykologspesialister."

4. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

§ 4-1. Individuell plan

Institusjonen skal utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Dersom en person har behov for tilbud både etter loven her og etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å koordinere planarbeidet. Institusjonen skal varsle kommunen når den ser at det er behov for en individuell plan som også omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

5. Helseregisterloven

I § 1 gjøres følgende endringer:

§ 1. Lovens formål

Formålet med denne lov er å bidra til å gi *helse- og omsorgstjenesten, spesialist*helsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet, slik at helse- *og omsorgstjenester, herunder helse*hjelp kan gis på en forsvarlig og effektiv måte. Gjennom forskning og statistikk skal loven bidra til informasjon og kunnskap om befolkningens helseforhold, årsaker til nedsatt helse og utvikling av sykdom for administrasjon, kvalitetssikring, planlegging og styring. Loven skal sikre at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvernhensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger.

I § 3 gjøres følgende endringer:

§ 3. Saklig virkeområde

Loven gjelder for

1. behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen*, helse- og omsorgstjenesten,* og *spesialist*helsetjenesten som skjer helt eller delvis med elektroniske hjelpemidler for å fremme formål som beskrevet i § 1, og
2. annen behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen, helse- *og omsorgs*tjenesten *og spesialisthelsetjenesten* til slike formål, når helseopplysningene inngår eller skal inngå i et helseregister.

Loven gjelder både offentlig og privat virksomhet.

Kongen i Statsråd kan i forskrift bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for behandling av helseopplysninger utenfor helseforvaltningen, *helse- og omsorgs*tjenesten *eller spesialisthelsetjenesten* for å ivareta formål som beskrevet i § 1.

Loven gjelder ikke for behandling av helseopplysninger som reguleres av helseforskningsloven.

§ 6 nytt fjerde ledd skal lyde:

Kongen kan i forskrift fastsette at behandlingsrettede helseregistre skal føres elektronisk. Kongen kan i forskrift fastsette at utlevering av helseopplysninger fra behandlingsrettet helseregister skal skje elektronisk.

I § 6a gjøres følgende endringer:

§ 6a. Virksomhetsovergripende, behandlingsrettede helseregistre

Det kan ikke etableres andre virksomhetsovergripende behandlingsrettede helseregistre enn det som følger av denne eller annen lov.

Virksomhetsovergripende behandlingsrettede helseregistre kan bare inneholde nærmere bestemte helseopplysninger i et begrenset omfang som er nødvendige og relevante for samarbeid mellom virksomheter om *forsvarlige helse- og omsorgstjenester, herunder* helsehjelp til pasienten *eller brukeren*. Slike registre kan bare etableres i tillegg til de behandlingsrettede helseregistrene virksomheten etablerer internt i virksomheten, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-2 og *lov ...om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1*, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40.

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering, drift og behandling av helseopplysninger i virksomhetsovergripende behandlingsrettede helseregistre. Virksomhetsovergripende behandlingsrettede helseregistre kan bare etableres uten samtykke fra pasienten *eller brukeren* dersom dette er nødvendig for å ivareta formålet med registeret. Det kan ikke etableres sentrale behandlingsrettede helseregistre etter denne bestemmelsen.

Forskrift etter tredje ledd skal nærmere angi formålet med behandlingen av helseopplysningene og hvilke opplysninger som skal behandles. Forskriften skal videre angi hvem som er databehandlingsansvarlig for opplysningene, herunder om plassering, tilgang, tilgangskontroll, samt gi pasienten *eller brukeren* rett til å motsette seg behandling av opplysninger i registeret eller stille krav om samtykke.

I § 6c. Registre for saksbehandling og administrering, skal første ledd lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av helse- *og omsorgs*tjenesteregistre og behandling av helseopplysninger i registrene til følgende formål:

1. saksbehandling for å avgjøre om det kan treffes vedtak om frikort og refusjon av betalte egenandeler, jf. pasientrettighetsloven § 2-6, spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 og folketrygdloven kapittel 5
2. administrering og samordning av transport til undersøkelse eller behandling i *helse- og omsorgstjenesten* og spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6.

I § 7. Regionale og lokale helseregistre, skal tredje ledd lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av lokale helseregistre og behandling av helseopplysninger i lokale helseregistre for ivaretakelse av

oppgaver etter *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* og smittevernloven. Navn, fødselsnummer eller andre direkte personidentifiserende kjennetegn kan bare behandles etter samtykke fra den registrerte. Samtykke fra den registrerte er ikke nødvendig, dersom det i forskriften bestemmes at helseopplysningene bare kan behandles i pseudonymisert eller avidentifisert form. Forskriften skal angi formålet med behandlingen av helseopplysningene, hvilke opplysninger som kan behandles, og eventuelt nærmere regler om hvem som skal foreta pseudonymiseringen og prinsipper for hvordan det skal gjøres. Kommunen er databehandlingsansvarlig for opplysningene, med mindre noe annet er bestemt i forskriften. Databehandlingsansvaret kan delegeres.

I § 8. Sentrale helseregistre, skal andre ledd lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av sentrale helseregistre og behandling av helseopplysninger i sentrale helseregistre for ivaretakelse av oppgaver etter apotekloven, *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, tannhelsetjenesteloven, smittevernloven og spesialisthelsetjenesteloven, herunder overordnet styring og planlegging av tjenestene, kvalitetsutvikling, forskning og statistikk. Navn, fødselsnummer eller andre direkte personidentifiserende kjennetegn kan bare behandles etter samtykke fra den registrerte. Samtykke fra den registrerte er ikke nødvendig, dersom det i forskriften bestemmes at helseopplysningene bare kan behandles i pseudonymisert eller avidentifisert form. Forskriften skal eventuelt fastsette nærmere regler om hvem som skal foreta pseudonymiseringen og prinsipper for hvordan det skal gjøres.

§ 9 skal lyde:

§ 9. Særlig om innsamling av helseopplysninger til sentrale, regionale og lokale helseregistre, meldingsplikt m.v.

Virksomheter og *personell* som tilbyr eller yter tjenester i henhold til apotekloven, *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven, plikter å utlevere eller overføre opplysninger som bestemt i forskrifter etter §§ 6 a, 6 c, 7 og 8 samt etter paragrafen her.

Kongen kan gi forskrifter om innsamling av helseopplysninger etter §§ 6 a, 6 c, 7 og 8, herunder bestemmelser om hvem som skal gi og motta opplysningene og om frister, formkrav og meldingsskjemaer. Den som mottar opplysningene, skal varsle avsenderen av opplysningene dersom opplysningene er mangelfulle.

§ 11 skal lyde:

§ 11. Krav til formålsbestemthet, saklighet, relevans m.v.

Enhver behandling av helseopplysninger skal ha et uttrykkelig angitt formål som er saklig begrunnet i den databehandlingsansvarliges virksomhet. Den databehandlingsansvarlige skal sørge for at helseopplysningene som behandles, er relevante og nødvendige for formålet med behandlingen av opplysningene.

Helseopplysninger kan bare anvendes til andre formål enn *helse- og omsorgstjenester, herunder* helsehjelp til den enkelte pasient*, bruker,* eller administrasjon av slik*e tjenester* når personidentifisering er nødvendig for å fremme disse formålene. Det skal alltid begrunnes hvorfor det er nødvendig å benytte personidentifiserbare opplysninger. Tilsynsmyndigheten kan i medhold av § 31 kreve at den databehandlingsansvarlige legger frem begrunnelsen.

Helseopplysninger kan ikke anvendes til formål som er uforenlig med det opprinnelige formålet med innsamlingen av opplysningene, uten at den registrerte samtykker.

I § 12. Sammenstilling av opplysninger, skal første ledd, første punktum lyde:

Helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister kan sammenstilles med opplysninger om samme pasient *eller bruker* i annet behandlingsrettet helseregister, i den grad helseopplysningene kan utleveres etter helsepersonelloven §§ 25, 26 og 45.

§ 13a skal lyde:

§ 13a. Forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger

Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte helseopplysninger som behandles etter denne loven uten at det er begrunnet i *helse- og omsorgstjenester, herunder* helsehjelp til *pasient eller bruker,* administrasjon av *slike tjenester* eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.

I § 15. Taushetsplikt, skal fjerde og femte ledd lyde:

Taushetsplikt er likevel ikke til hinder for utlevering av opplysninger om en pasient *eller bruker* skal betale egenandel til helsepersonell eller andre som gir *helse- og omsorgstjenester, herunder* helsehjelp*, eller andre tjenester som folketrygden er stønadspliktig for,* til pasienten eller *brukeren,* Taushetsplikt er heller ikke til hinder for utlevering av slike opplysninger til helseforetakene i forbindelse med oppgjør for syketransport.

Opplysninger om en pasients *eller brukers* navn, transportbehov og om pasienten *eller brukeren* skal betale egenandel og eventuelt beløpet kan gis til transportør i forbindelse med transport som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 6.

I 15a. skal ny overskrift lyde:

§ 15 a Opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse - og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten

I § 16. Sikring av konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet, skal fjerde ledd, andre punktum lyde:

Kongen kan herunder sette nærmere krav til elektronisk signatur, kommunikasjon og langtidslagring, om godkjenning (autorisasjon) av programvare*, sertifisering* og om bruk av standarder, klassifikasjonssystemer og kodeverk, samt hvilke nasjonale eller internasjonale standardsystemer som skal følges.

6. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Lovens tittel endres til:

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten

§ 2 fjerde ledd nytt annet punktum skal lyde:

Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn kan ikke bruke melding til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 første ledd som grunnlag for å innlede sak om eller fatte vedtak om administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Det samme gjelder begjæring om påtale med hjemmel i helsepersonelloven § 67 annet ledd.

§ 3 skal lyde:

Enhver som yter helse- *og omsorgs*tjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helse- *og omsorgs*tjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.

7. Lov om helsemessig og sosial beredskap

En rekke tekniske endringer som følge av at ny lov opererer med begrepet ”helse- og omsorgstjenester” og ikke begrepene ”helsetjenester” og/eller ”sosialtjenester” som lov om helsemessig og sosial beredskap opererer med.

8. Barnevernloven

En rekke tekniske endringer som følge av at ny lov opererer med begrepet ”helse- og omsorgstjenester” og ikke begrepene ”sosialtjenesten”, ”lov om sosiale tjenester” eller ”lov om helsetjeneste i kommunene” som barnevernloven opererer med.

9. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

Enkelte tekniske endringer som følge av at ny lov opererer med begrepet ”helse- og omsorgstjenester” og ikke begrepet ”sosialtjenesten” som arbeids- og velferdsloven opererer med, jf. § 8.

10. Pasientskadeloven

§ 1 første ledd bokstav a) skal lyde:

a) i institusjon under spesialisthelsetjenesten og *den kommunale helse- og omsorgstjenesten, med unntak for aldershjem og barneboliger*,

11. Folketrygdloven

§ 5-4 andre ledd skal lyde:

Stønad til legehjelp gis bare dersom legen har fastlegeavtale med kommunen, *jf. lov….om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-1 tredje ledd,* eller avtale om driftstilskott med regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a tredje ledd. Det kreves ikke fastlegeavtale eller avtale om driftstilskott når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.

§ 5-8 andre ledd skal lyde:

Stønad til fysioterapi ytes bare dersom fysioterapeuten har avtale om driftstilskott med kommunen, *jf. lov….om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-1 tredje ledd.*

§ 5-12 første ledd skal lyde:

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor. Stønad ytes bare dersom jordmor har avtale om driftstilskott med kommunen eller er ansatt i kommunen, *jf. lov…om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-1 tredje ledd.*

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Post og distribusjon
www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Tlf.: 22 24 20 00

Publikasjonskode: I-1151 B
Trykk: Departementenes servicesenter
10/2010 - opplag 1000