



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 23

(2007–2008)

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	5.1	Kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a miljørettet helsevern	15
2	Bakgrunnen for lovforslaget	6	5.2	Sosialtjenesteloven kapittel 5 økonomiske ytelser	16
2.1	Utviklingstrekk innen helse- og sosialtjenesten	6	5.3	Hva bør ombudets navn være?	17
2.2	Om pasientombudsordningen	6	5.4	Økonomiske forhold	17
2.3	Departementets forslag	7	6	Økonomiske og administrative konsekvenser	18
2.4	Gjeldende rett	7	6.1	Økonomiske konsekvenser	18
3	Høringen	9	6.2	Administrative konsekvenser	19
4	Høringsnotatet	11	7	Merknader til endringene i pasientrettighetsloven	20
4.1	Høringsinstansens syn	11		Forslag til lov om om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)	21
4.1.1	Behov for utvidet ombudsordning ...	11			
4.1.2	Kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a miljørettet helsevern	12			
4.1.3	Sosialtjenesteloven kapittel 5 økonomiske ytelser	12			
4.1.4	Generelle betraktninger	13			
5	Departementets vurderinger og forslag	15			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 23

(2007–2008)

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 11. januar 2008,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Regjeringen legger med dette fram forslag om utvidelse av pasientombudsordningen (lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter) til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester. Endringen innebæ-

rer at pasientombudenes virkeområde utvides fra dagens avgrensning til spesialisthelsetjenesten til også å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester.

2 Bakgrunnen for lovforslaget

2.1 Utviklingstrekk innen helse- og sosialtjenesten

Fra slutten av 1980-tallet og utover på 90-tallet fikk kommunene et stadig større ansvar for å yte helse- og sosialtjenester. Tjenester skulle tilbys i brukerens nærmiljø og i størst mulig grad i brukerens hjem eller tilrettelagte boliger. Det ble bygget et stort antall boliger med et kommunalt tjenestetilbud. I sykehussektoren fikk pasientene kortere liggetider, og det ble gjort økt bruk av dagbehandling og poliklinisk behandling. Mot slutten av 1990-tallet ble antall aldershjems plasser betydelig redusert, samtidig som hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester økte.

Helsevesenet har siden 1980 gjennomgått en utvikling hvor pasientens selvbestemmelse og autonomi i langt større grad tillegges vekt. Pasientrettighetsloven av 1999 (ikrafttredelse 2001) kodifiserte gjeldende rettigheter og etablerte nye rettigheter for pasientene.

Felles for reglene i pasientrettighetsloven er at de understreker pasientens rett til selvbestemmelse. Regelverket forutsetter at pasienten er i stand til å ta imot informasjon og til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen. Pasienten skal aktivt ta stilling til helsehjelpen, og et uttrykt samtykke er normalt en forutsetning for at helsehjelp kan gis. Det er kun anledning til å gi helsehjelp uten samtykke når det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for dette.

De forutsetninger som ligger i pasientrettighetsloven knyttet til selvbestemmelse og autonomi er overførbare til kommunale helse- og sosialtjenester. Imidlertid er det brukergrupper innen kommunale helse- og sosialtjenester hvor en slik forutsetning vanskelig kan legges til grunn. Enkelte brukergrupper er ikke i stand til å fremme sine egne omsorgsbehov. For å sikre reell selvbestemmelse og brukermedvirkning, må alle ha lik rett til tjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne.

Utviklingen innenfor spesialisthelsetjenesten, med økt fokus på poliklinisk behandling og kortere liggetider, krever bedre samhandling mellom forvaltningsnivåene. I skjæringspunktet mellom

forvaltningsnivåene og mellom helsetjenester og sosiale tjenester er det behov for formalisering av en pasient- / brukerrepresentant.

2.2 Om pasientombudsordningen

Det første pasientombudet ble etablert av Nordland fylkeskommune i 1984. Ulike ordninger med pasientombud ble opprettet på 1980- og 1990-tallet, etter vedtak truffet av den enkelte fylkeskommune eller det enkelte sykehusstyre. Før 2003 var pasientombudene organisert i fylkene, og lå organisatorisk direkte under fylkesordføreren. Men ikke alle fylkene hadde pasientombud. Det var derfor et ønske om å gi alle i landet samme tilbud uansett fylke.

Stortinget ønsket etter hvert pasientombudsordningen lovfestet i en ny pasientrettighetslov. Ved behandlingen av Innst. S. Nr. 165 (1994-95) vedtok Stortinget å be regjeringen om å fremme forslag om lovfesting av ordningen med pasientombud i alle fylker.

I Ot.prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter, går det innledningsvis fram at de ulike pasientombudsordninger som er opprettet, føyer seg inn i rekken av ulike tiltak som er iverksatt for å sette brukerne og deres behov i sentrum. Daværende Sosial- og helsedepartement vurderte i den forbindelse pasientombudets virksomhet som kontaktskapende mellom pasient og helsetjenesten, og dermed konflikthindrende.

Forslaget om utvidelse av pasientombudsordningen er senere tatt opp i Soria Moria-erklæringen (2005), hvor regjeringen vil:

«Endre pasientrettighetsloven slik at også brukere av kommunal helse- og omsorgstjenester skal omfattes av pasientombud.»

I St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening, følges innholdet i Soria Moria-erklæringen opp:

«Staten skal sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke, men arbeidsområdet har til nå bare vært spesialisthelsetjenestene. Det er like sterke hensyn som taler for en ombudsordning

i forhold til kommunale tjenester, som det er for spesialisthelsetjenester. Regjeringen vil derfor foreslå lovendringer slik at også brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester skal omfattes av ordningen med pasientombud.»

I Innst. S. nr. 50 (2006-2007) støtter flertallet i komiteen innholdet i St.meld. nr. 25 (2005-2006) om at en utvidet pasientombudsordningen bør omfatte helse- og sosialtjenester, inkludert hele eller deler av sosialtjenestelovens virkeområde.

«Komiteen påpeker at en utvidet pasientombudsordning som også omfatter sosialtjenestelovens virkeområde, vil være positivt for blant annet funksjonshemmede som er avhengige av flere tjenester som reguleres av denne loven, som avlastning og støttekontakt.»

2.3 Departementets forslag

Ordnningen med pasientombud for spesialisthelsetjenesten har siden oppstarten i 1984 blitt godt kjent blant brukerne. Til tross for avgrensning til spesialisthelsetjenesten, omhandler mange av henvendelsene til pasientombudene seg om kommunale helse- og sosialtjenester, eller samhandlingen mellom disse og spesialisthelsetjenesten. De henvendelsene ombudene får, er ofte sammensatte og krever en ombudsordning som dekker begge forvaltningsnivåene.

Pasientombudene har registrert en sterk økning i antall henvendelser de siste årene. Den totale økning har fra 2003 til 2005 vært på nesten 20 prosent. Av felles årsmelding for alle landets pasientombud for 2005 framgår det at av totalt 11.000 henvendelser i 2005, gjaldt 2000 kommunale helse- og sosialtjenester.

Dagens avgrensning framstår som uforståelig for mange som henvender seg til ombudene, og ordningen kan framstå som fragmentert og lite koordinert. Spesielt sett i forhold til utfordringene knyttet til pasienter som trenger tjenester fra flere nivåer i helsetjenesten og langvarig oppfølging.

De kommunale tjenestene representerer et område som er av svært stor betydning for mange tjenestemottakere. En utvidelse av ordningen innebærer at over 110.000 personer som i dag mottar kommunale helse- og sosialtjenester omfattes av pasientombudsordningen. Dette innebærer at personer som mottar for eksempel praktisk bistand, herunder avlastning, brukerstyrt personlig assistanse eller støttekontakt, omfattes.

Forslaget innebærer også en forenkling for brukere og pasienter som mottar tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og

sosialtjenester, ved at man etablerer en generell ordning framfor fragmenterte ombudsordninger basert på diagnosegrupper. Samt at grupper som ikke er i stand til å gi uttrykk for egne tjenestebehov, herunder personer med utviklingshemninger, sikres en formalisert brukerrepresentant.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at en utvidelse av pasientombudsordningen i denne omgang omfatter den kommunale helsetjenesten regulert i lov om kommunehelsetjenesten, med unntak av lovens kapittel 4a om miljørettet helsevern. Departementet foreslår videre at pasientombudsordningen utvides til å omfatte tjenestene regulert i lov om sosiale tjenester, med unntak av lovens kapittel 5 om økonomisk stønad og kapittel 5A Kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad. Videre foreslås pasient- og brukerombud å erstatte dagens navn, pasientombud.

Utvidelsen innebærer ikke endringer i de regler som allerede gjelder pasientombudene. Pasientombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling, uavhengig av hvilket forvaltningsnivå tjenestene ytes. Ombudet bør i sin prioritering av saker sikre kjerneoppgavene. Det er særlig viktig å bidra til å sikre personer som ikke selv er i stand til å fremme egne interesser en talsperson.

2.4 Gjeldende rett

Pasientombudet skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten, og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Pasientrettighetsloven § 8-2 fastsetter at staten skal sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke. Pasientombudets arbeidsområde omfatter offentlige spesialisthelsetjenester. Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

Pasientombudet kan ta saker som gjelder forhold i den offentlige spesialisthelsetjenesten opp til behandling. Dette kan gjøres etter en muntlig eller skriftlig henvendelse eller på eget initiativ. Enhver kan henvende seg til pasientombudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasientombudet, har rett til å være anonym.

Pasientombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling. Dersom pasientombudet ikke tar opp saken, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

I henhold til pasientrettighetsloven § 8-7 skal pasientombudet i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om for-

hold som hører under ombudets arbeidsområde. Pasientombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører inn under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasientombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende.

Pasientombudet skal gi den som har henvendt seg, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet. Pasientombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp. Pasientombudet skal videre sørge for å gjøre ordningen kjent.

3 Høringen

Helse- og omsorgsdepartementet sendte et forslag om utvidelse av pasientombudsordningen på høring 23. april 2007, med høringsfrist 23. juli 2007. Høringsnotatet ble utarbeidet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og sosialombudet i Oslo, Pasientombudet i Hedmark og Oppland og Pasientombudet i Buskerud og Finnmark.

Høringsforslaget har vært på alminnelig høring, herunder til alle landets kommuner og fylkeskommuner, landets kommunale- og fylkeskommunale råd, relevante interesse-, arbeidsgiver- og brukerorganisasjoner, relevante fagorganer, klage- og tilsynsmyndigheter mfl.

Departementet har mottatt svar fra 186 høringsinstanser.

Følgende 7 instanser har ingen merknader til forslaget eller opplyser at de ikke avgir uttale til forslaget:

Arbeidsgiverforeningen Spekter
Datatilsynet
Den norske tannlegeforening
Kompetansesenter for IT i helsetjenesten
Norges forskningsråd
Os eldreråd
Høgskolen i Bergen

Følgende 179 instanser har uttalt seg om innholdet i høringsnotatet:

Akershus fylkeskommune
Akershus universitetssykehus HF
Aremark kommune
Arendal kommune
Asker kommune
Askim kommune
Balestrand eldreråd
Balestrand kommune
Barneombudet
Bergen kommune
Bodø kommune
Brukerombudet i Fredrikstad
Buskerud fylkeskommune
Bydel Nordre Aker
Den norske legeforening
Det sentrale eldreråd i Oslo kommune
Eldrerådene i de seks Hallingdals kommunene
Eldrerådet i Alvdal
Eldrerådet i Aust-Agder

Eldrerådet i Evje og Hornnes
Eldrerådet i Finnmark
Eldrerådet i Fyresdal
Eldrerådet i Haugesund
Eldrerådet i Midtre Gauldal
Eldrerådet i Molde
Eldrerådet i Nord-Trøndelag
Eldrerådet i Rakkestad
Eldrerådet i Roan
Eldrerådet i Skien
Eldres råd i Kongsvinger
Enebakk kommune
Fagforbundet
Fagrådet innen rusfeltet i Norge
Farsund eldreråd
Fauske eldreråd
Fauske kommunale råd for funksjonshemmede
Fellesorganisasjonen
FFO
Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Fylkesmannen i Vest-Agder
Fylkesmannen i Vestfold
Forbrukerombudet
Fredrikstad kommune
Frogn eldreråd
Funksjonshemmedes råd i Eidskog
Funksjonshemmedes råd i Sandnes
Funksjonshemmedes råd i Stavanger
Fylkeseldrerådet i Hordaland
Fylkeseldrerådet i Troms
Fylkeskommunens råd for funksjonshemmede i Nordland
Fylkesrådet for funksjonshemmede i Sogn og Fjordane
Fylkesrådet for funksjonshemmede i Troms
Gjesdal kommune
Gloppen kommune
Grue eldreråd
Hasvik kommune
Helse Nord RHF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Helsetilsynet i Aust-Agder
Hitra kommune
Holmestrand eldreråd
Holmestrand kommune

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)

Horten kommune	Råd for funksjonshemmede i Frogn
HSH	Råd for funksjonshemmede i Gjesdal
Hurum eldreråd	Råd for funksjonshemmede i Gjøvik
Hørselshemmedes landsforbund	Råd for funksjonshemmede i Hurum
Høyskolen i Akershus	Råd for funksjonshemmede i Rana
Karmøy eldreråd	Råd for funksjonshemmede i Steinkjer
Kautokeino eldreråd	Rådet for funksjonshemmede i Askim
Kommunalt råd for funksjonshemmede i Bergen	Rådet for funksjonshemmede i Kristiansand
Kommunalt råd for funksjonshemmede i Rygge	Rådet for funksjonshemmede i Namsos
Kongsberg kommune	Rådet for funksjonshemmede i Nedre Eiker
Kreftforeningen	Rådet for funksjonshemmede i Nordre Land
Kristiansund kommune	Rådet for funksjonshemmede i Nord-Trøndelag
KS	Rådet for funksjonshemmede i Nøtterøy
Kvalsund eldreråd	Rådet for funksjonshemmede i Tinn
Kvinesdal eldreråd	Rådet for funksjonshemmede i Vestby
Kvinesdal kommune	Rådet for funksjonshemmede i Ålesund
Landsforbundet mot stoffmisbruk	Sametinget
Landsforeningen for pårørende innen Psykiatri	Sandefjord kommune
Larvik kommune	Sarpsborg kommune
LHL	Sauherad eldreråd
Likestillings- og diskrimineringsombudet	Senior rådet i Eigersund
LO	Senter for medisinsk etikk (UiO)
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Sosial- og helsedirektoratet
Lunner eldreråd	Skien kommune
LUPE	Skiptvet eldreråd
Lurøy eldreråd	Spydeberg eldreråd
Luster kommune	Statens helsepersonellnemnd
Lørenskog kommune	Statens helsetilsyn
Marit Midtun – privat person	Statens råd for funksjonshemmede
Mental Helse	Statens seniorråd
Namsos eldreråd	Stavanger eldreråd
Narvik kommune	Stiftelsen Pårørendesenteret
Nasjonalforeningen – Demensforbundet	Stjørdal kommune
NAV	Storfjord eldreråd
NAV - Akershus	Strand eldreråd
Nettverk for kommunale ombud	Suldal eldreråd
NFU	Sund eldreråd
Nittedal kommune	Sunnadal kommune
NKS	Sykehuset Asker og Bærum HF
Nordre Land eldreråd	Sykehuset Innlandet HF
Nord-Tr.lag fylkeskommune	Sykehuset Østfold HF
Norges handikapforbund	Sør-Varanger kommune
Norsk fysioterapeutforbund	Tjøme eldreråd
Norsk pasientskadeerstatning	Tromsø kommune
Norsk pensjonistforbund	Trondheim kommune
Norsk Revmatikerforbund	Ullevål sykehus HF
Norsk Sykepleierforbund	Universitetssykehuset i Nord Norge
Oppland fylkes eldreråd	Vanylven eldreråd
Pasientombudet i Hedmark og Oppland	Vennesla eldreråd
Pasientombudskollegiet	Verdal eldreråd
Pasientskadenemnda	Vestre Toten eldreråd
RIO	Vikna eldreråd
Rogaland Fylkeskommune	Volda eldreråd
Rælingen kommune	YS
Røyrvik kommune	Åfjord kommune
Råd for funksjonshemmede i Finnmark	

4 Høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo Helse- og omsorgsdepartementet å utvide pasientombudsordningen til å omfatte kommunale helsetjenester etter lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven), med unntak av lovens kapittel 4a om miljørettet helsevern, og tjenester etter lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven), med unntak av lovens kapittel 5 om økonomisk stønad. Departementet foreslo videre å endre navnet til helse- og sosialombud.

Departementet har i høringsnotatet presisert at man ønsker *en* ombudsordning, framfor flere ombudsordninger basert på diagnoser eller brukergrupper. Fragmenterte ordninger vil bidra til å skape forvirring blant brukere og pasienter. En generell ombudsordning vil i tillegg til forenkling for brukerne, bidra til at kunnskap og kompetanse opparbeides og samles på et sted.

Videre ble det bemerket at det er viktig at ombudene i sin virksomhet i særlig grad har oppmerksomhet mot grupper som ikke er i stand til å gi uttrykk for egne tjenestebehov.

4.1 Høringsinstansens syn

4.1.1 Behov for utvidet ombudsordning

Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt 186 hørings svar, hvor alle med unntak av to instanser er enige i at det er behov en utvidet pasientombudsordning. 130 høringsinstanser støtter eller har ingen merknader til departementets forslag i høringsnotatet, herunder 25 kommuner og fylkeskommuner, KS, og Norges Handikapforbund, Norsk Pensjonistforbund og Pasientombudskollegiet.

En utvidelse av pasientombudsordningen framheves av flere som et viktig steg i retning av bedre rettssikkerhet for mennesker som mottar sammensatte tjenester. Samhandling er et område som trekkes fram av flertallet av høringsinstansene, hvor brukerne ofte opplever svikt i tjenestene og har behov for informasjon og veiledning knyttet til rettigheter. *Pasientombudskollegiet* uttaler:

«For folk flest er det uforståelig at det kun er spesialisthelsetjenesten som per dags dato omfattes av pasientombudsordningen, mens

kommunehelsetjenesten ikke gjør det. Spesielt vanskelig er dette å forstå der hvor den kommunale legevakt er plassert på eller i umiddelbar nærhet til et sykehus.»

Lovisenberg Diakonale sykehus skriver i sin uttalelse:

«Skillet mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste virker i denne sammenhengen kunstig og upraktisk i mange saker. Vi antar at også mange pasienter har vanskeligheter med å forstå dette skillet.»

Flertallet av høringsinstansene er av den oppfatning at en utvidelse av dagens pasientombudsordning er mer hensiktsmessig ovenfor brukerne, framfor en ytterligere fragmentering i retning av ulike ombudsordninger knyttet til bestemte diagnoser eller brukergrupper. *KS* uttaler:

«KS mener en utvidelse av dagens pasientordning er å foretrekke framfor en oppblomstring av ulike typer ombudsordninger for ulike diagnoser/brukergrupper. Pasientombudsordningen er godt kjent i befolkningen, er et lavterskeltilbud og enkelt å finne fram til.»

Norsk Pensjonistforbund framhever pasientombudet som et lavterskeltilbud som er godt kjent blant befolkningen, hvor en også har mulighet til å henvende seg anonymt, både som bruker og som pårørerene av brukere. Mange frykter at klager kan bidra til å forverre situasjonen for den det gjelder, enten det gjelder klage fra tjenestemottakeren selv eller pårørende. I sin høringsuttalelse skriver *Norsk Pensjonistforbud*:

«(...) ser det som en stor fordel ved den foreslåtte endring av pasientrettighetsloven at den som henvender seg til helse og sosialombudet har rett til å ære anonym.»

Flertallet av høringsinstansene, herunder *LUPE* og *Nasjonalforeningen*, støtter forslaget om at pasientombudet bør ha et spesielt ansvar for personer som ikke er i stand til å fremme egne interesser. *Fylkesrådet for funksjonshemmede i Sogn og Fjordane* uttaler:

«(...) understreke kor viktig det er at også det «nye» ombudet må vera eit lågterskeltilbud og

framleis ha sterk vekt på å sikre rettane til dei som ikkje sjølve er i stand til å fremja egne interesser.»

Norges Handikapforbund mener imidlertid at ombudet ikke bør ha denne typen påpekning, men heller ha et fokus mot personer som har behov for helse- og sosialtjenester. De skriver følgende i sitt høringssvar:

«NHF foreslår en felles betegnelse for alle personer som trenger helse- og sosiale tjenester. Vi foreslår følgende: «Helse- og sosialombudet skal arbeide for å ivareta behovene, interessene og rettssikkerheten til personer som har behov for helse- og/eller sosiale tjenester.» Vi mener at det er viktig å ikke definere personer som trenger helse- og sosiale tjenester som «pasienter» og/eller «brukere».»

Eldrerådet i Finnmark påpeker at en utvidelse av pasientombudsordningen bør holde de rammene som er lagt i departementets høringsnotat, og at kapittel 5 i sosialtjenesteloven heller ikke bør inkluderes på sikt. Dette begrunnes med at kjerneoppgaven til pasientombudet er å ivareta pasientens rettigheter overfor helsetjenesten. Eldrerådet uttrykker det slik:

«(...) Hovedformålet med reformen er å skape en mer helhetlig arbeids- og velferdspolitik. Skal pasientombudsordningen også ivareta brukernes rettigheter både når det gjelder økonomiske stønader og på områder innenfor arbeidslivet, vil også dette forårsake tap av tid og innsats for ivaretaking av pasientens interesser og rettssikkerhet ovenfor helsetjenesten.»

Enebakk kommune og eldrerådet i Verdal er imidlertid kritiske til innholdet i høringsnotatet, og mener en utvidelse vil bidra til økt byråkrati og inngripen i kommunal handlingsfrihet. *Enebakk kommune* skriver i sitt høringssvar følgende:

«Kommunene må utvikle sine tjenester etter de økonomiske rammer man har, også helse- og sosialtjenester. Men man må også se helhetlig, og sørge for at det også er tilfredsstillende tjenester på andre områder som skoler, barnehager, barnevern, samferdsel o.a. I henhold til lovverket er det etablert klageordninger til statlig nivå (fylkemannen) på flere områder. Videre har kommunens saksbehandlere plikt til å gi råd og veiledning og hjelpe de innbyggerne som selv ikke kan ivareta sine interesser.

Under henvisning til ovenstående, er vi negative til en utvidelse av pasientombudsordningen til å omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Der som ordningen utvides, forutsettes det at kom-

munene ikke skal delta i finansiering av ordningen.»

4.1.2 Kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a miljørettet helsevern

Med unntak av *Senter for medisinsk etikk (UiO)* og *Barneombudet*, støtter alle eller har ingen merknader til departementets forslag om å unnta kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a fra en utvidet pasientombudsordning.

I sitt høringssvar skriver *Barneombudet*:

«(...) erfaring gjennom henvendelser og svar på spørreundersøkelsen viser behov for at også kapittel 4a i Kommunehelsetjenesteloven bør omfattes av pasientombudsordningen. Miljørettet helsevern skal nettopp forhindre at barn og unge får problemer i forhold til helse eller på det sosiale plan. Denne retten bør derfor sikres. Det å inkludere ordningen vil gi nødvendig og etterlengtet sikring.»

Senter for medisinsk etikk mener at

«(...) faktorer i miljøet som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Myndighet og gjøremål er lagt til den enkelte kommune, og innebærer blant annet smittevern og hygieniske forhold i virksomheter og lokaler. Med hensyn til at kommunenes helsetjeneste også omfatter helsefremmende og sykdomsforebyggende oppgaver og ansvar, anser SME forslaget om unntaksbestemmelsen uheldig.»

4.1.3 Sosialtjenesteloven kapittel 5 økonomiske ytelser

21 av høringsinstansene, herunder *FFO* og *Norsk forbund for utviklingshemmede*, støtter forslaget i høringsnotatet, men påpeker at kapittel 5 i lov om sosiale tjenester mv. bør innlemmes på sikt. Flertallet blant de som ønsker å innlemme kapittel 5 på sikt, påpeker at det er behov for en helhetlig gjennomgang av NAV-reformen. *Larvik kommune* uttaler om dette:

«Det hadde vært ønskelig at også sosialtjenestelovens kap 5 (økonomiske ytelser) hadde vært inkludert i ombudets oppgaver. Det er forståelse for at dette foreløpig bør utstå i forbindelse med gjennomføringen av NAV-reformen, men det bør allerede nå målsettes at sosialtjenestelovens kapittel 5 i framtiden skal inkluderes.»

Eldrerådet i Midtre Gauldal mener at en utvidelse til å gjelde økonomiske ytelser etter kap 5 bør skje tidligst mulig, slik at det kan inkluderes i evalueringen. Eldrerådet uttrykker:

«Rådet ser fram til en snarlig utvidelse av ombudets arbeidsområde til også å omfatte økonomitjenester, ikke bare helse- og sosialsaker, og til et godt og organisert samarbeid med de NAV-avdelinger som nå opprettes i primærkommunene. Rådet håper at dette kan skje så raskt at forholdet blir med i den evalueringen som skal skje 2 år etter iverksettelsen av den nye ombudsordningen.»

FFO viser i sitt hørings svar til henvendelser til Rettighets senteret, hvor 40 prosent av henvendelsene omhandler spørsmål om trygdeytelser. *FFO* mener det i første omgang bør vurderes å opprette et eget ombud for de økonomiske velferdsordningene. *FFO* uttaler:

«Det er etter *FFO*s mening avgjørende først å opparbeide erfaringer med et eget ombud for de økonomiske velferdsordningene, for å se om det er hensiktsmessig å slå dette sammen med eventuelt Helse- og sosialombudet senere.»

31 av høringsinstansene, herunder *Sosial- og helsedirektoratet*, *Arbeids- og velferdsdirektoratet*, *den norske legeföreningen* og *Statens helsetilsyn*, er uenige i departementets forslag om å unnta kapittel 5 i lov om sosiale tjenester mv. Argumentene for å innlemme kapittel 5, dreier seg i hovedsak om rettssikkerhet, internkontrollplikt, helhetlige tjenester og behovet for en ombudsordning på helse- og sosialfeltet.

Flere *Fylkesmannsembeter* mener at usikkerhet knyttet til etableringen av ny arbeids- og velferdsetat, innebærer at behovet for pasientombud er til stede, og er ikke et argument for å utelate det, spesielt med hensyn til de svakeste og marginaliserte grupper. *Fylkesmannen i Vest-Agder* uttaler:

«NAV er en stor organisatorisk endring - noe som i seg selv kan medføre risiko for svikt i tjenesten. Etter vår vurdering er det viktig at det legges til rette for at brukere som trenger bistand når det gjelder lovens kapittel 5, har muligheten til å ta kontakt med ombudet.»

Flere av høringsinstansene mener at sosialtjenesteloven kapittel 5 er en ytelse som ikke kan ses på isolert fra øvrige tjenester etter sosialtjenesteloven. Ved å unnta deler av sosialtjenesteloven vil man bidra til et ytterligere fragmentert tilbud for personer som mottar sammensatte tjenester. Det uttrykkes videre at en utvidelse i tråd med departementets anbefalinger vil bidra til å opprettholde et kunstig skille med hensyn til hvem som kan henvende seg til pasientombudet.

Sosial- og helsedirektoratet skriver om dette:

«Tildeling av økonomisk sosialhjelp inkluderer ofte mer enn penger, eksempelvis ved vilkårsbruk knyttet til utbetaling. Oppfølgingstjenester kan være viktig som nødvendig forutsetning for å avklare om brukeren mestrer vilkårsinnholdet. Disse saksområder innbefatter skjønnsutøvelse med tilhørende mulig rettssikkerhetsproblematikk.»

Noen høringsinstanser, som *Statens helsetilsyn*, *Fylkesmannen i Vest-Agder*, viser til at kommunene per dags dato ikke har internkontrollplikt for tjenester etter kapittel 5 og at Fylkesmannen heller ikke har lovhjemmel for å føre tilsyn med kommunene på dette punktet. Ved å innlemme kapittel 5, vil personer som mottar slike tjenester få en person å henvende seg til. *Statens helsetilsyn* uttaler:

«Det er i dag ikke lovhjemmel for Fylkesmannen til å føre virksomhetstilsyn med sosialtjenesten innenfor sosialtjenesteloven kapittel 5 i motsetning til det som er tilfellet innenfor de områder som foreslås omfattet av ombudsordningen. Dette kan være enda et moment som kan tale for at utvidelsen også bør omfatte sosialtjenesteloven kapittel 5. Ombudet kunne ved sitt mandat med rett til å uttale sin mening, foreslå konkrete tiltak til forbedringer og eventuelt underrette ansvarlige myndigheter om tilstander som er påkrevd at disse følger opp, kunne bidra til økt rettssikkerhet for brukerne og økt kvalitet på tjenester også innenfor dette området.»

4.1.4 Generelle betraktninger

Et mindretall av høringsinstansene, herunder *Fellesorganisasjonen*, *Norsk Pensjonistforbund*, *FFO* og *Statens råd for funksjonshemmede*, har uttrykt en bekymring vedrørende de økonomiske og administrative konsekvensene i høringsnotatet. Bekymringen knytter seg i hovedsak til at antallet årsverk er for lavt, sett i forhold til de nye oppgavene. *FFO* uttaler:

«Det er derfor viktig at den foreslåtte minimumsbemanningen ikke blir en maksimumsbemanning, med for liten kapasitet.»

Statens råd for funksjonshemmede uttaler videre:

«Mange saker etter sosialtjenesteloven er kompliserte og har et større rom for skjønn. Dette bidrar til lengre behandlingstid. En bør også å i mente at en utvidelse av ordningen sannsynligvis vil finne sted ganske raskt etter at ordningen har blitt kjent, og for dårlig kapasitet og kompetanse kan sette en ellers god ordning i vanry.»

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)

Flertallet støtter eller har ingen merknader til departementets forslag til økonomiske og administrative konsekvenser, herunder *Sosial- og helsedirektoratet, pasientombudskollegiet, KS, Rælingen kommune, Åfjord kommune og Sandefjord kommune. Pasientombudskollegiet* uttaler:

«(...) det er bare erfaring over tid som kan gi svar på hvilket behov utvidelsen i praksis vil utløse av bemanning. Den foreslåtte bemanningen er et minimum for utvidelse av ordningen.»

Sosial- og helsedirektoratet uttaler om dette:

«Når det gjelder de økonomiske og administrative konsekvenser slutter direktoratet seg til de vurderinger som er gjort i høringsnotatet og spesielt anførselen om at det bare er erfaringer over tid som kan gi svar på behovet for økt bemanning som følge av utvidelse av ordningen.»

Åfjord kommune uttaler videre:

«Åfjord kommune er opptatt av at ordningen ikke tilføres for store nye ressurser i starten. Det er riktig å komme i gang med den nye ordningen, høste erfaringer og så se på ressursbehovet for hele landet.»

Enkelte organisasjoner og embeter, herunder *Den norske legeforening, Nittedal kommune, Holmestrand kommune, Lørenskog kommune, Fylkeseldrerådet i Hordaland og Fylkesmannen i Vestfold*, uttrykker en bekymring i forhold til økte utgifter for egen virksomhet som en følge av utvidelsen. *Fylkesmannen i Vestfold* uttaler videre:

«(...) pasientombudsordningen ikke kan utvides til å gjelde kommunen uten at Helsetilsyn/Fylkesmann får tilført nye ressurser.»

Holmestrand kommune uttaler videre:

«Helse- og sosialtjenesten sin samhandling med Pasientombudet omkring enkeltsaker vil bli en ekstra oppgave for kommunene. Ved en generell innføring av ordningen er det grunn til å anta at tjenestene vil bli bundet opp i saker i større grad enn i forsøkskommunene. Således må den helsefaglige saksbehandlerkapasiteten i kommunene styrkes gjennom økte tilskudd, slik den tilsvarende blir innenfor den statlige delen av ordningen.»

Flertallet av høringsinstansene, herunder *Rælingen kommune, Sandefjord kommune og Åfjord kommune*, støtter ikke denne bekymringen vedrørende økte utgifter for egen virksomhet. Det påpekes at utvidelsen vil bidra til økt fokus om kvalitet og kompetanse i egen virksomhet. *Rælingen kommune* uttaler:

«For kommunen vil en utvidelse av ombudsordningen føre til økt fokus på rettssikkerhet og kvalitet i tjenestene. Det antas å bli tidsbruk i samhandlingen med brukere og ombud. Dette må ses på som en del av det arbeidet tjenestene likevel skal yte, og vil ikke medføre behov for økt personell.»

Sandefjord kommune uttaler videre:

«Det er ingen økonomiske konsekvenser for kommunene ved en utvidelse av pasientombudsordningen.

Utviklingen generelt går mot en større bevisstgjøring rundt rettigheter, som igjen krever at kommunene har fokus på kompetanse innenfor saksbehandling og forvaltning av tjenester innenfor helse- og sosialsektoren.»

Eldrerådet i Lunner og Legeforeningen mener at departementets forslag om endringer i ombudets adgang til helsetjenestens lokaler, har behov for ytterligere presisering. *Legeforeningen* skriver i sin uttalelse:

«Etter Legeforeningens vurdering er det likevel grunn til å vurdere hensiktsmessigheten av denne bestemmelsen. Riktignok følger det av lovens forarbeider at denne bestemmelsen ikke innebærer en generell rett til å tre inn i den faglige virksomheten som observatør. Likevel er bestemmelsens ordlyd svært åpen og uten reserver for lovbestemt taushetsplikt. «Fri adgang» synes å innebære rett til adgang til for eksempel undersøkelsesrom uavhengig av om pasienter oppholder seg der. Dette vil kunne medføre brudd på lovbestemt taushetsplikt.»

Eldrerådet i Lunner stiller i sitt hørings svar spørsmål knyttet til private hjem, ettersom tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven i stor grad ytes i private hjem.

5 Departementets vurderinger og forslag

Pasientombudsordningen i spesialisthelsetjenesten ble lovfestet i lov 2. juli 1999 om pasientrettigheter. Loven trådte i kraft 1. januar 2001. Allerede ved behandling av Ot.prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter, ble det uttrykt:

«Det er på lengre sikt imidlertid ønskelig at en pasientombudsordning også omfatter kommunehelsetjenesten».

Daværende Sosial- og helsedepartement ønsket imidlertid å avvente en slik lovhjemling inntil man hadde fått flere erfaringer med ordningen innenfor spesialisthelsetjenesten.

Utvidelse av pasientombudsordningen og andre ombudsordninger har ved flere anledninger vært omtalt, og forslag om utvidelse drøftet i ulike dokumenter og utredninger. Senest i behandlingen av St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. I Innst. S. nr. 50 (2006-2007) støtter flertallet i komiteen innholdet i St.meld. nr. 25 (2005-2006) om at en utvidet pasientombudsordningen bør omfatte helse- og sosialtjenester, inkludert hele eller deler av sosialtjenestelovens virkeområde.

Dagens avgrensning til spesialisthelsetjenesten kan være vanskelig å forstå for mange som henvender seg til ombudene, og ordningen kan framstå som fragmentert og lite koordinert. Dette understøttes av årsrapporter og erfaringer fra landets pasientombud, som viser til økning i antall henvendelser fra pasienter og brukere av kommunale helse- og sosialtjenester.

Erfaringer fra pasientombud med utvidet virkeområde viser at brukere av kommunale helse- og sosialtjenester henvender seg til pasientombudene, uavhengig av bistandsbehov. En utvidet pasientombudsordning vil kunne ivareta den enkeltes behov, interesser og rettssikkerhet også overfor den kommunale helse- og sosialtjenesten. Pasientombudet kan fungere som megler og bistå brukerne i møte med tjenesten. Ombudet vil gi informasjon, råd og veiledning om rettigheter og tjenester på hele ombudets arbeidsområde.

En viktig oppgave er tilbakemelding til helse- og sosialtjenesten om de erfaringer man får gjennom arbeidet. En slik tilbakeføring av erfaringer til

tjenesteapparatet, vil ved en utvidelse av ordningen, også gjelde de kommunale helse- og sosialtjenestene.

Departementets høringsnotat ba høringsinstansene eksplisitt om tilbakemelding på følgende saker:

- Unnta sosialtjenesteloven kapittel 5 fra en utvidet ombudsordning
- Unnta kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a fra en utvidet ombudsordning
- Navneendring

I forhold til de to unntakene, oppfatter departementet dette som spørsmål som har avgjørende betydning for ombudenes daglige virke. Det var derfor viktig for departementet å få tilbakemeldinger fra høringsinstansene på dette punktet. Navnevalg og navneendringer blir ofte gjenstand for debatt og utløser følelser og engasjement omkring begreper og definisjoner. Det var også på dette punktet viktig for departementet å få tilbakemeldinger fra høringsinstansene.

5.1 Kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a miljørettet helsevern

Departementet er av den oppfatning at pasientombudenes rolle er å bistå pasienter og brukere av helsetjenester, gjennom informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde. Pasientombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer og kan videre underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Ved å utvide ombudenes ansvarsområde til å gjelde tjenester etter *kommunehelsetjenesteloven*, innebærer også dette automatisk ansvar for kapittel 4a miljørettet helsevern. Ved å inkludere kapittel 4a vil en kunne bidra til å flytte fokus fra indvidrettede tjenester som tradisjonelt har vært pasientombudenes kjerneoppgave overfor spesialisthelsetjenesten til miljørettet helsevern. Dette er en tjeneste som i hovedsak regulerer omgivelsene, mer

enn enkeltindividets rettigheter som mottaker av helse- og sosialtjenester.

Miljørettet helsevern er en tjeneste som først og fremst omhandler de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Her settes blant annet krav til virksomheter og eiendommer om å drive helsemessig tilfredsstillende for ikke å påføre andre helseskade eller ulemper. Dette omfatter flere sektorer, herunder samferdsel, utdanning, oppvekst og levekår mv. for utenom helse og omsorg.

På en annen side vil bestemmelsene i kapittel 4a sikre individets rett til å oppholde seg i et miljø som ikke, direkte eller indirekte, påfører dem helseskader. Imidlertid mener departementet at pasientombudenes primæroppgave er å være pasientenes talerør og mekler i forhold til helsetjenesten. Ved å inkludere miljørettet helsevern i en utvidet ombudsordning, kan dette bidra til å flytte fokus fra enkelt individets rettigheter over mot omgivelser og områder hvor det ikke ytes helse- eller sosialhjelp.

Et klart flertall av høringsinstansene støtter departementets syn om å unnta kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a fra en utvidet ombudsordning. Departementet mener på bakgrunn av dette at det ikke vil være naturlig å inkludere kapittel 4a i en utvidet pasientombudsordning.

5.2 Sosialtjenesteloven kapittel 5 økonomiske ytelser

Ved å inkludere *sosialtjenesteloven*, med unntak av lovens kapittel 5, inn under pasientombudets virkeområde, vil sosialtjenester som praktisk bistand, herunder hjemmehjelp og brukerstyrt personlig assistanse, avlastningstiltak, støttekontakt og omsorgslønn inkluderes i ordningen. En slik utvidelse vil være positiv for brukere som ikke er i stand til å ivareta egne omsorgsbehov. Departementets forslag om å unnta sosialtjenesteloven kapittel 5 fra en utvidet pasientombudsordning innebærer at økonomiske ytelser som faller inn under NAV-kontorenes ansvar holdes utenfor.

Hensikten med økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven kapittel 5 er å sikre at alle har nok midler til livsopphold. Ytelsen er ment å være midlertidig, og hjelpen skal bidra til å gjøre mottakeren økonomisk selvhjulpent. Økonomiske ytelser har preg av å være kortvarige pengeytelser, som skiller seg vesentlig fra pasientombudenes kjerneoppgaver ovenfor spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til at økonomiske ytelser skiller seg vesentlig fra andre helse- og sosialtjenester, er NAV-reformen fortsatt i en tidlig fase. Undersøkelser fra pilotkommunene viser også at det er til dels stor variasjon mellom de ulike NAV-kontorene med hensyn til organisering. Det er lagt til grunn at statsetaten og kommunene skal ha stor frihet til selv å bestemme den interne organiseringen, herunder også hvilke kommunale oppgaver som kan legges til NAV-kontorene utover minimumsløsningen.

NAV-reformen har knyttet kommunenes ansvar for økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven tett sammen med den statlige arbeids- og velferdsetaten. Reformen er en av de største organisasjonsreformer i norsk offentlig forvaltning i nyere tid, med etablering av felles førstelinjekontor mellom stat og kommune. Hovedformålet med reformen er å ta et nytt grep i forhold til en mer helhetlig arbeids- og velferdspolitik. Økt fokus på arbeidslinjen skaper kontaktflater opp mot andre sektorer, som utdannings- og helsesektoren.

Det gjenstår fortsatt en rekke utfordringer knyttet til retning og utvikling av NAV, bl.a. spørsmål knyttet til internkontrollplikt og tilsyn med den nye arbeids- og velferdsforvaltningen. Enkelte høringsinstanser påpeker at det nettopp på denne bakgrunn kan det være viktig at et uavhengig organ får en rolle innen dette saksområdet.

Andre hevder at kapittel 5 vil bidra til å flytte fokus fra individrettede tjenester over mot utmåling av trygdeytelser. Departementet ser at det er gode argumenter for og imot i forhold til sosialtjenesteloven kapittel 5. Departementet mener på en annen side at de forhold knyttet til NAV-reformen veier tyngst.

Det er behov for en helhetlig gjennomgang av ulike rettsikkerhetsordninger for brukerne av NAV-kontorene. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har høsten 2007 nedsatt en arbeidsgruppe som skal vurdere ulike sider av rettsikkerhetsordninger for brukere av NAV-tjenester, herunder eget velferdsombud for arbeids- og velferdsforvaltningen. På denne bakgrunn mener departementet at man bør avvente å utrede spørsmålet om eventuell utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde de økonomiske ytelsene til arbeidsgruppens tilrådning foreligger.

Parallelt med oppfølgingen av høringen har Stortinget vedtatt nytt kapittel 5A Kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad i sosialtjenesteloven. Lovendringene trådte i kraft 1. november 2007. Kvalifiseringsprogrammet gjelder for personer i yrkesaktiv alder med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og ingen eller svært

begrensede ytelser til livsopphold etter folketrygdloven eller arbeidsmarkedsloven. Kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad er nært knyttet til økonomisk stønad etter kapittel 5 og tilbud om arbeidsrettede tiltak som NAV skal sørge for.

Et klart flertall av høringsinstansene departementets syn om å unnta sosialtjenesteloven kapittel 5 fra en utvidet ombudsordning. I tråd med ovennevnte vurderinger legger departementet til grunn at sosialtjenesteloven kapitler 5 og 5A i denne omgang unntas fra en utvidet ombudsordning.

5.3 Hva bør ombudets navn være?

Departementets forslag i høringsnotatet var å endre navn fra pasientombud til helse- og sosialombud. Bakgrunnen for en navneendring er først og fremst begrunnet i at en rekke av brukere av kommunale helse- og sosialtjenester i liten grad anser seg som pasienter. I forhold til nytt navn på en utvidet ombudsordning har flere aktuelle alternativer blitt lansert. Mange forslag har kommet inn, men særlig to forslag utpeker seg, helse- og sosialombud og pasient- og brukerombud.

Pasientombudet er et navn som er godt kjent i befolkningen. Dette taler for fortsatt å beholde pasient i navnet. Ved å supplere pasient med bruker, bidrar man til å fange opp mottakere av kommunale helse- og sosialtjenester. En innvending mot brukerbegrepet er at det er lite presist og kan virke tilslørende og avledende. Imidlertid vil pasient- og brukerombud både kunne fange opp helse-tjenestens innsats overfor personer som er syke, samt de tilfellene hvor det er snakk om innsats fra flere instanser, og hvor brukeren selv er aktivt medvirkende både i forhold til beslutninger og innsatsen.

Flertallet av høringsinstansene støtter departementets forslag, nemlig helse- og sosialombud. Fordelen med helse- og sosialombud er at man fan-

ger opp tjenester som ytes i både første- og annenlinjetjenesten. Imidlertid kan helse- og sosialbegrepene bidra til å skape forvirring i forhold til eksisterende forvaltningsorganer innen helse- og sosialområdet. I tillegg kan et navn med henvisning mot sektorer og ikke tjenestene bidra til å flytte fokus bort fra individrettede tjenester. Flere av fylkesmannsembetene har påpekt at sosialbegrepet ikke bør benyttes dersom utvidelsen utelater økonomiske ytelser.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at ombudet bør hete pasient- og brukerombud.

5.4 Økonomiske forhold

Et klart mindretall av høringsinstansene har uttrykt en bekymring vedrørende de økonomiske og administrative konsekvensene i høringsnotatet. Bekymringen knytter seg i hovedsak til at antallet årsverk er for lavt, sett i forhold til de nye oppgavene og at utvidelsen vil bidra til økte utgifter for egen virksomhet (den foreslåtte bemanningen er et minimum for utvidelse av ordningen). Departementet mener at presiseringen i høringsnotatet om at det kun er erfaringer over tid som kan gi svar på behovet for økt bemanning som følge av utvidelse av ordningen, noe som støttes av ombudene selv.

Videre har flertallet at høringsinstansene ingen merknader til eller støtter departementets forslag vedrørende økonomiske og administrative konsekvenser. I den grad utvidelsen vil medføre økte utgifter for virksomhetene, deler departementet *Rælingen kommunes* oppfatning av saken:

«For kommunen vil en utvidelse av ombudsordningen føre til økt fokusering på rettssikkerhet og kvalitet i tjenestene. Det antas å bli tidsbruk i samhandlingen med brukere og ombud. Dette må ses på som en del av det arbeidet tjenestene likevel skal yte, og vil ikke medføre behov for økt personell.»

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

6.1 Økonomiske konsekvenser

En utvidelse av pasientombudsordningen til å omfatte kommunenes helse- og sosialtjenester, gir behov for nye stillinger. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med landets pasientombud utredet de økonomiske og administrative konsekvensene av endringen.

Samlet anslås behovet for mellom 28,2 og 30,2 årsverk for saksbehandlere for å gjennomføre utvidelsen av ordningen. I tillegg har 10 pasientombud meldt om behov for 4,15 nye årsverk til merkantilt personell. Dette dreier seg om utvidelse av eksisterende stillingsbrøker.

Helse- og sosialombudet i Oslo har meldt at de bruker ca. 2 – 3 årsverk på kommunal helse- og sosialtjeneste. Pasientombudet i Vestfold har erfaringer fra Larvik kommune som tilsier ½ stillingshjemmel per 40.000 innbyggere. Pasientombudet i Hedmark og Oppland opplyser at brukerombudsordningen i Hamar tilsier en høyere stillingsbrøk pr innbygger.

Erfaringene fra Oslo, Vestfold og Hedmark og Oppland gir ikke godt nok grunnlag for å foreslå en norm for behov av saksbehandlerværk. Det er for store ulikheter mellom fylkene og det er bare erfaring over tid som kan gi svar på behovet. Det foreslås derfor at behovet for stillinger evalueres etter oppstart av ordningen.

En minimumsbemanning for å utvide pasientombudsordningen bør være ett årsverk saksbehandler i hvert fylke/kontor ved oppstart av ordningen. I tillegg vil det være behov for økt bemanning ved de største fylkene. Oslo bruker i dag 2-3 årsverk til kommunenes helse- og sosialtjeneste. Til sammen utgjør dette 18 årsverk + 3 til Oslo + 1 årsverk i tillegg til 4 fylker, til sammen 25 stillinger.

Ved utvidelse av pasientombudsordningen med 25 nye årsverk, er det også behov for noe økning av merkantilt personell. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler 3 merkantile årsverk som fordeles på de kontor som har størst behov, og fordeles som stillingsbrøker.

Kostnader

Da pasientombudsordningen ble overført fra fylkeskommunene til Staten i 2003 ble kostnadene pr. stilling stipulert til kr. 600.000,- pr. årsverk, inkl. driftsutgifter. Dette var uavhengig av om det var saksbehandler eller merkantilt stilling. Tallet ble brukt videre i prosessen og ble utgangspunkt for budsjettet for pasientombudsordningen i landet. Budsjettallene for 2006 viser at kostnadene/budsjett pr. årsverk ligger gjennomsnittlig på kr. 620.000,-.

På denne bakgrunn legges til grunn kr. 650.000,- pr. årsverk, inkl. ordinære og ekstraordinære driftsutgifter for ordningen.

Det ansees naturlig at driftsutgifter til Sosial- og helsedirektoratet for å administrere utvidelse av ordningen tilsvarende et årsverk på kr. 650.000,- legges inn i budsjettet. I dette beløpet legges også utgifter til direktoratets arbeid med å følge opp pasientombudenes årsmeldinger for bruk i «følge med» rapporter.

Det legges til grunn en kostnad på 1,2 mill. kroner til 3 merkantile årsverk. Dette begrunnes med at det i størst mulig grad vil bli tildelt mindre stillingsbrøker på allerede eksisterende stillinger, og at andre driftsutgifter i stor grad er dekket innenfor eksisterende ramme.

Utvidelse av pasientrettighetsloven forutsetter at det informeres om ordningen. I den sammenheng må det annonseres, lages brosjyrer m.v.. Både brosjyrer og ikke minst distribusjon til alle landets kommuner vil være kostnadskreven. En foreløpig enkel beregning settes til 2,1 mill. kroner, inkludert direktoratets IT-utgifter. Sosial- og helsedirektoratet tar ansvaret for informasjon og felles markedsføring i samarbeid med pasientombudene og helse- og omsorgsdepartementet.

Etter en samlet vurdering, anslås merbehovet ved en utvidelse til 19,4 mill. kroner. Engangskostnader ved oppstart settes til 2,1 mill. kroner. Samlet sum er 21,5 mill. kroner i 2008-kroner.

Ordningen foreslås evaluert etter to års drift.

6.2 Administrative konsekvenser

En utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester innebærer en stor endring for pasientombudenes virk-

somhet. Ved statlig overtakelse av sykehusene i 2003, overtok Sosial- og helsedirektoratet ansvaret for pasientombudene. Departementet vil vurdere administrative tilknytningsformer for ombudene.

7 Merknader til endringene i pasientrettighetsloven

Til § 8-1

Presiseringen av § 8-1 er i hovedsak en teknisk lovendring, og endrer ikke forståelsen av begrepet «pasient» i forhold til andre deler av loven. Som følge av utvidelsen vil begrepet «pasient» også omfatte brukere av kommunehelsetjenesten.

Med begrepet «bruker» i dette kapitlet menes i hovedsak personer som mottar sosialtjenester etter sosialtjenesteloven. Begrepet «bruker» er inntatt for å synliggjøre at brukere av tjenester etter sosialtjenesteloven ikke nødvendigvis er å anse som pasienter.

Begrepet «den kommunale helse- og sosialtjeneste» er definert i § 8-2 første ledd og det vises til merknadene til denne bestemmelsen.

Til § 8-2

Ved lovendringen foreslås det å utvide pasientombudsordningen til også å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester. Begrepet «kommunale helse- og sosialtjenester» er definert i nytt tredje punktum i bestemmelsen.

Kommunale «helsetjenester» vil etter bestemmelsen omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven, med unntak av lovens kapittel 4a om miljørettet helsevern. Kommunale «sosialtjenester» vil etter bestemmelsen omfatte tjenester etter sosialtjenesteloven, med unntak av lovens kapittel 5 om økonomisk stønad og kapittel 5A Kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad.

Utvidelsen innebærer ikke endringer i de regler som allerede gjelder for pasientombudenes virksomhet overfor spesialisthelsetjenesten.

Til §§ 8-4 og 8-5

Presiseringen av § 8-4 og 8-5 er i hovedsak en teknisk lovendring, jf. navneendring.

Til § 8-6

Bestemmelsen om pasientombudets frie adgang til alle lokaler hvor det ytes statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester, gjelder til helsetjenestens områder. Bestemmelsen åpner således ikke for fri adgang til pasientenes hjem til tross for at det ytes kommunale helse- og sosialtjenester der, for eksempel hjemmesykepleie.

Bestemmelsen gjør ikke unntak fra reglene om helsepersonellens taushetsplikt i helsepersonelloven kapittel 5 eller pasientens rett til vern av spredning om opplysninger i pasientrettighetsloven § 3-6. Når helsehjelp ytes kan derfor pasientombudet bare være til stede dersom pasienten samtykker.

Til §§ 8-7 og 8-8

Presiseringen av §§ 8-7 og 8-8 er i hovedsak en teknisk lovendring, jf. navneendring.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester).

Vi HARALD, Norges Konge,

st a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester) i samsvarende med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)

I

1. I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter gjøres følgende endringer:

Overskriften til kapittel 8 skal lyde:

Kapittel 8. Pasient- og brukerombud

§ 8-1 skal lyde:

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

§ 8-2 første ledd skal lyde:

Staten skal sørge for at det er et *pasient- og brukerombud* i hvert fylke. *Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester. Med kommunale helse- og sosialtjenester menes i dette kapitlet helsetjenester etter lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, med unntak av lovens kapittel 4a, og sosialtjenester etter lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., med unntak av lovens kapitler 5 og 5A.*

§ 8-3 skal lyde:

§ 8-3 *Rett til å henvende seg til pasient- og brukerombudet*

Pasient- og brukerombudet kan ta saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

Enhver kan henvende seg til *pasient- og brukerombudet* og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til *pasient- og brukerombudet*, har rett til å være anonym.

§ 8-4 skal lyde:

§ 8-4 *Behandling av henvendelser*

Pasient- og brukerombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling. Dersom pasient- og brukerombudet ikke tar saken opp til behandling, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

Overskriften til § 8-5 skal lyde:

§ 8-5 *Pasient- og brukerombudets rett til å få opplysninger*

§ 8-6 skal lyde:

§ 8-6 *Pasient- og brukerombudets adgang til helse- tjenestens lokaler*

Pasient- og brukerombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester.

§ 8-7 skal lyde:

§ 8-7 *Pasient- og brukerombudets oppgaver*

Pasient- og brukerombudet skal i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde.

Pasient- og brukerombudet skal gi den som har henvendt seg til ombudet, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet.

Pasient- og brukerombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasient- og brukerombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende.

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)

Pasient- og brukerombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Pasient- og brukerombudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

§ 8-8 skal lyde:

§ 8-8 Forskrifter

Departementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av bestemmelsene om *pasient- og brukerombud*.

2. I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skal § 4-5 tredje ledd lyde:

Utover det som følger av rimelige begrensninger i husordensreglement, kan det ikke vedtas restriksjoner i retten til å kommunisere med kontrollkommisjonen, departementet, Statens helsetilsyn, Helsetilsynet i fylket, fylkesmannen, Stortingets ombudsmann for forvaltningen, *Pasient- og brukerombud*, prest eller tilsvarende sjelesørger, juridisk rådgiver eller den som opptrer på pasientens vegne i en klagesak.

II

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.
