

Høringsnotat

Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (Om langtidsopphold for personer under 50 år i sykehjem mv.)

Høringsfrist: 20. mars 2023

1. Innledning.....	3
2. Bakgrunn og behovet for lovendringer.....	3
2.1. Stortingets anmodningsvedtak	3
2.2. Dagens praksis	4
2.3 Oppsummering.....	6
3. Gjeldende rett.....	7
3.1 Innledning - regelverk og overordnede prinsipper i helse- og omsorgstjenesten	7

3.2. Kommunens ansvar og plikter	7
3.3 Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven	9
3.4 Pasienten eller brukerens rett til å medvirke ved utformingen av sitt tjenestetilbud - Om rett til informasjon, medvirkning og samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven	10
3.4.1 Om informasjon og medvirkning.....	10
3.4.2. Særlig om barn og barnets beste	11
3.4.3 FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og likestillings- og diskrimineringsloven	12
3.5 Om samtykkekompetanse og representasjon.....	13
3.5.1 Hovedregler om samtykke til helsehjelp	13
3.5.2 Helt eller delvis bortfall av samtykkekompetanse. Representasjon.....	13
4. Departementets vurderinger og forslag.....	14
4.1 Generelt om forslaget.....	14
4.1.1 Innledning	14
4.1.2 Behovet for lovendringen	16
4.1.3. Forholdet til det kommunale selvstyre	17
4.1.4. Lovteknisk plassering av nye lovbestemmelser	18
4.1.5. Alternativ til lovforslaget	18
4.2. Nærmere om enkelte avgrensninger i lovforslaget	19
4.2.1 Sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre.....	19
4.2.2 Om hva som regnes som langtidsopphold.....	21
4.2.3 Kommunenes adgang til unntak i en lengre periode i særlige tilfeller	21
4.3 Nærmere om samtykke og representasjon	22
4.3.1 Generelt om samtykkekravet.....	22
4.3.2 Særlig om barnets alder og samtykkekravet.....	22
4.3.3 Samtykke på vegne av barn	23
4.3.4 Unge voksne som har samtykkekompetanse	23
4.3.5 Unge voksne som ikke har samtykkekompetanse	23
5. Økonomiske og administrative konsekvenser	24
6. Departementets lovforslag	25

1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag om å lovfeste at kommunen ikke kan bosette personer under 50 år i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester beregnet for eldre. Dette vil i praksis også omfatte omsorgsboliger, men kun omsorgsboliger der personer under 50 år må dele oppholdsrom, som kjøkken, bad, stue og lignende med personer som er betydelig eldre enn dem selv. Lovforslaget innebærer ikke at det blir forbud mot å bosette yngre personer i sykehjem mv., men da må personen selv, eventuelt pårørende, samtykke til bosettingen.

Lovforslaget inneholder to unntak fra hovedregelen: Kommunene kan midlertidig bosette unge personer under 50 år på sykehjem mv. i inntil 60 dager per kalenderår for å etablere et forsvarlig tilbud eller reorganisere et eksisterende tilbud. Det andre unntaket er i utgangspunktet tidsbegrenset og gjelder der det foreligger særlige grunner.

Lovforslaget inneholder også unntak fra, og presiseringer av, de alminnelige samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. Departementet foreslår at det er pårørende, og ikke tjenestene selv, som skal kunne samtykke til bosetting for personer over 18 år som mangler samtykkekompetanse. Det gjøres videre unntak for tvangsreglene i lovens kapittel 4A, noe som innebærer at ingen personer under 50 år som ikke har samtykkekompetanse kan bosettes på sykehjem mv. når de motsetter seg dette.

Forslaget innebærer en ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven, en ny § 4-8 i pasient- og brukerrettighetsloven og et nytt tredje ledd i samme lov § 4A-2.

Departementet omtaler ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet, og ber også om innspill til alternativ til et forbud mot bosetting i sykehjem mv. uten samtykke, ved lovregulering av et tilpasset sosialt miljø og aktiviteter for barn, unge og voksne i institusjon mv., se pkt. 4.1.5.

Lovforslaget følger opp anmodningsvedtak fra Stortinget, se pkt. 2.1.

2. Bakgrunn og behovet for lovendringer

2.1. Stortingets anmodningsvedtak

Temaet bosetting av barn, unge og voksne i sykehjem har vært behandlet en rekke ganger i Stortinget.

I 2018 ble det fremmet et representantforslag (dok. 8:67 S (2017-2018)) om å ta nye initiativ for å sikre at barn ikke skal måtte bo på sykehjem i strid med barnets beste og foreldrenes ønske. Forslaget ble fremmet av stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad fra Kristelig Folkeparti og Nicholas Wilkinson fra Sosialistisk Venstreparti. Stortinget fulgte opp forslaget med tre enstemmige anmodningsvedtak (Innst. 125 S (2017-2018)):

Vedtak 507

Stortinget ber regjeringen fremme de nødvendige forslag til lov- og/eller forskriftsendring for å sikre at kommuner ikke kan bosette barn i sykehjem i strid med familienes ønske og barnets beste.

Regjeringen Solberg vurderte at dagens lov- og forskriftsverk var tilstrekkelig. Vedtak 507 ble derfor rapportert ferdig behandlet i Prop. 1 S (2019-2020). Flertallet i helse- og omsorgskomiteen la dette til grunn i Innst. 11 S (2019 – 2020). Komiteens mindretall, bestående av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti var uenige i at det ikke var behov for lov- eller forskriftsendringer.

Vedtak 508

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak med orientering om bruk av institusjonsplasser for barn i strid med barnets beste og familienes ønsker.

I Prop. 1 S (2021 - 2022) foreslo departementet å avslutte rapporteringen på dette vedtaket ved å vise til vedtak 9 og vedtak 702 (som begge ligger til grunn for lovforslaget i dette høringsnotatet, se nedenfor).

Vedtak 509

Stortinget ber regjeringen umiddelbart klargjøre for kommunene at praksisen med barn som bosettes på sykehjem mot familiens ønske og barnets beste, er i strid med Stortingets intensjon og skal opphøre.

Vedtaket er fulgt opp med et brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til landets statsforvaltere og kommuner datert 14. august 2018.

Ved behandling av trontalen til det 165. Storting 6. oktober 2020, fattet Stortinget blant annet følgende vedtak:

Stortinget ber regjeringen fremme nødvendig lovendring som slår fast at ingen kommuner kan plassere mennesker mellom 0 og femti år, på sykehjem mot deres egen vilje. For barn vil det være nærmeste pårørendes vilje som må gjelde. (vedtak 9)

Det ble fremmet et representantforslag om lovendring fra stortingsrepresentantene Kari Kjønnås Kjos på vegne av Fremskrittspartiet og Nicholas Wilkinson, Karin Andersen, Kari Elisabeth Kaski, Arne Nævra og Solfrid Lerbrekk fra Sosialistisk Venstreparti se dok. 8:16 S (2020-2021) Den 16. februar 2021 vedtok Stortinget representantforslaget, (Innst. 242 S (2020-2021)) og fremmet følgende anmodningsvedtak overfor regjeringen etter løst forslag:

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav a, slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, barn ikke bosettes i sykehjem i strid med familiens ønske og barnets beste, samt pasienter mellom 18-49 år ikke bosettes i sykehjem i strid med eget eller vergens ønske. (vedtak 702)

2.2. Dagens praksis

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet rapporterer statsforvalterne via Helsedirektoratet årlig følgende opplysninger fra kommunene:

- antall barn, unge og voksne med vedtak om langtidsopphold i institusjon (alder og innflyttingstidspunkt)

- hvor mange av disse personene som ønsker et annet botilbud og hvilke konkrete planer kommunen har for flytting av disse personene.

I rapporteringsøyemed regnes institusjoner som sykehjem og aldershjem etter forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav c) og d). Rapporteringen omfatter ikke barn, unge og voksne som bor i andre boformer enn institusjoner. Fram til 2018 omfattet rapporteringen kun unge mellom 17 og 50 år, men fra 2019 er rapporteringen utvidet til også å gjelde barn mellom 0 og 18 år. Det redegjøres årlig for dette arbeidet i Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapporteringen fra statsforvalter viser at antallet personer under 50 år på sykehjem varierer noe fra år til år, men har vist en nedadgående tendens de siste årene. Innrapporterte tall for 2021 viser imidlertid en økning. Per 31. desember 2019 var det ni barn under 18 år som hadde permanent opphold i sykehjem eller aldershjem. På samme tidspunkt var det 94 personer mellom 18-49 år bosatt i denne typen institusjon. 24 av disse personene ønsket en annen bolig og for ti personer med flytteønske var det konkrete flytteplaner.

Per 31. desember 2020 var det fire barn under 18 år som hadde et vedtak om langtidsopphold i sykehjem eller aldershjem. Ingen av disse hadde et flytteønske som ikke ble eller ville bli fulgt opp av kommunen. Samtidig var det var 76 personer i aldersgruppen 18-49 år som hadde et langtidsvedtak om opphold i nevnte institusjoner. 15 av disse ønsket et annet botilbud. Av disse 15 hadde fem personer en konkret flytteplan.

Den siste innrapporteringen fra 2021 viser at det 31. desember 2021 var åtte barn under 18 år i sykehjem. Ifølge rapporteringen fra statsforvalter har ingen av disse et flytteønske som ikke er eller blir fulgt opp av kommunen. For personer i alderen 18-49 år var det 91 med vedtak om langtidsopphold i sykehjem eller aldershjem. Av de 91 personene har 28 et flytteønske. Av de 28 personene med flytteønske har 14 en konkret flytteplan.

Helsedirektoratet har i anledning dette høringsnotatet innhentet utdypende informasjon fra fem statsforvaltere om:

- Botid for barn, unge og voksne på sykehjem (om det er mulig å si noe konkret om sykehjem blir brukt som et midlertidig oppholdssted eller om mange blir boende over tid).
- Årsak til at unge pasienter og brukere bosettes i sykehjem. Hva er kommunenes begrunnelse for å fatte vedtak om slik bosetting? Er det mange klagesaker til statsforvalterne i slike saker?
- Hva flytter pasienter eller brukere til etter opphold på sykehjem?
- Hva begrenser kommunenes mulighet til å gi pasienter eller brukere et annet tilbud enn opphold i sykehjem? Er det kompetanse, personell, økonomi (herunder tilgang på tilskuddsordninger) utfordringer på plansiden eller annet?

Svarene om botid kan oppsummeres slik:

- Vedtak om langtidsopphold på sykehjem for gruppen 18-49 år fattes som regel for lang tid. Det som er avgjørende er graden av behov for daglig legetjenester og øvrig helsepersonell.
- Barn i alderen 0-17 år legges ikke inn i sykehjem, men får tilbud om barnebolig. Evt. kortvarig botid i sykehjem begrunnes med at det kan ta tid å opprette et alternativt botilbud.
- Sykehjem blir kun benyttet som midlertidig oppholdssted for unge pasienter.
- De fleste kommuner organiserer et annet tilbud enn sykehjem dersom det er forsvarlig.

Svarene om årsak til bosetting i sykehjem og klagesaker til statsforvalterne i slike saker, kan oppsummeres slik:

- Kommunene gir tilbakemelding på at det er faglige begrunnelser som ligger til grunn for vedtakene som fattes i samråd med pasienten/pårørende. Sykehjem er valgt for å sikre nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og det er behovet for tett oppfølging som blir vektlagt. Andre og mindre inngripende tilbud vurderes først, som f.eks. å kombinere BPA (Brukerstyrt personlig assistanse) og hjemmesykepleie eller omsorgsbolig med bemanning, evt. heldøgns helse- og omsorgstjenester i eget hjem.
- Årsaken til bruk av sykehjem for personer under 67 er ofte krevende diagnoser (som ALS og Hutchinsons sykdom) eller at pasienten har et omfattende og sammensatt hjelpebehov.
- Statsforvalterne har ikke mottatt noen klagesaker på vedtak om bosetting i sykehjem.

Svarene om hva pasient eller bruker flytter til etter opphold på sykehjem, kan oppsummeres slik:

- Flertallet flytter til bemannede omsorgsboliger, eller til spesialiserte enheter for unge med nedsatt funksjonsevne. I noen tilfeller til egne boliger med BPA eller annen bemanning. Pasienter flyttes også til tilpassede boliger i kommunalt bofellesskap for voksne med store hjelpebehov.

Svarene om hva som begrenser kommunenes mulighet til å gi pasienter eller brukere et annet tilbud enn opphold i sykehjem, kan oppsummeres slik:

- Kommunene oppgir årsaker som økonomi, kompetanseutfordringer og mangel på ledige plasser andre steder i kommunen.
- Pasientene/brukerne trenger de trygge rammene en institusjon kan gi, med nærhet til personalet (de kan f.eks. ikke selv tilkalle hjelp).
- Pasientene/brukerne trenger helsefaglig/medisinsk kompetanse som kommunene ikke får gitt dem hjemme eller i bofellesskap (noe som skyldes tilgang på personell, ikke økonomi).
- Avdelingene på sykehjem har bedre tilgang på leger og sykepleiere hele døgnet, det har ikke omsorgsboligene.

De fem statsforvalterne opplever at det er god dialog mellom kommunene, pasienter/brukere og pårørende om hva som er det beste omsorgsnivået.

2.3 Oppsummering

Stortinget har fattet flere anmodningsvedtak om å lovfeste at unge personer ikke kan bosettes på sykehjem mot sin (evt. pårørendes) vilje. Dagens praksis viser at det fremdeles bor barn, unge og voksne personer under 50 år på sykehjem med ønsker om flytting som ikke er fulgt opp. Dette skjer til tross for at det er kommunisert til landets kommuner at stortingsflertallet er mot en slik praksis. Det er derfor behov for lovendringer som sikrer at barn, unge og voksne ikke bosettes i sykehjem og lignende boformer mot sin vilje, eventuelt mot pårørendes ønske.

3. Gjeldende rett

3.1 Innledning - regelverk og overordnede prinsipper i helse- og omsorgstjenesten

Relevante lover som regulerer heldøgns opphold på institusjoner, sykehjem eller boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester, er lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) og lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Helse- og omsorgstjenesteloven lovfester kommunenes ansvar, oppgaver og plikter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor dens innbyggere, se også formålsbestemmelsen i § 1. Hensynet til pasienter og brukere er gjennomgående fremhevet i loven og gjennom formålsbestemmelsen. Pasienter, brukere og pårørendes rett til tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder også bestemmelser om rettigheter for nærmeste pårørende og verge.

Lovene må ses i sammenheng. Departementet vil gi en nærmere fremstilling av de regler som er relevante i tilknytning til lovforslaget under pkt. 3.2 flg.

Det er et overordnet mål for helse- og omsorgstjenestene at befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Videre er det å gi et forsvarlig, helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker, sentralt i tjenesteytingen.

Andre verdier som er grunnleggende for tjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet.

Disse verdiene ligger nedfelt i regelverket for helse- og omsorgstjenesten. Regelverket skal også bidra til rettssikkerhet for pasienter og brukere, det vil si at den enkelte lett skal kunne sette seg inn i hva kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og en klagegang som skal bidra til at den enkeltes rettigheter blir ivaretatt.

Det er videre et prinsipielt utgangspunkt at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Lovgiver har begrunnet det kommunale handlingsrommet med hensyn til effektiv tjenesteproduksjon, tilpasninger til lokale forhold og nærheten til brukerne.

3.2. Kommunens ansvar og plikter

Helse- og omsorgstjenesteloven angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester. Det sentrale er at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammene skal tilby et *forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud*, se § 4-1.

Kommunen har også et overordnet ansvar for å gi bistand til personer som av helse- og omsorgsmessige behov ikke selv klarer å skaffe seg en egnet bolig. Dette ansvaret er presisert i en nylig vedtatt lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet (vedtatt av Stortinget 12. desember 2022, men ikke trådt i kraft), jf. Prop. 132 L (2021-2022). Lovens § 6 fastsetter at kommunen skal gi «individuell tilpasset bistand», og at denne plikten omfatter bistand til å skaffe boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det. I lovens § 7 tredje ledd fastsettes prinsippet om brukermedvirkning, ved at «kommunen skal så langt som mulig samarbeide med den som skal motta bistanden, og ta hensyn til dennes ønsker».

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, der det fremgår at kommunen skal sørge for at personer som

oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med private, jf. § 3-1 femte ledd. Hva som ligger i kravet «nødvendige» tjenester må sees i sammenheng med kravet til forsvarlige tjenester etter § 4-1, hvilket bl.a. betyr at tjenesten må ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Kravet til forsvarlighet er grunnleggende i helselovgivningen. Det omfatter både helsefaglige, herunder medisinske, vurderinger og omsorgsfaglige vurderinger. Plikten for kommunen til å sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester fremgår som nevnt av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. For helsepersonell følger kravet av helsepersonelloven § 4.

Når det gjelder omfanget og nivået på tjenesten, må denne dimensjoneres etter en konkret vurdering av de hjelpetrequendes behov ut fra en helse- og omsorgsfaglig vurdering. Dette betyr at kommunen må foreta en individuell vurdering av den enkeltes behov, og på den bakgrunn tilpasse et forsvarlig tjenestetilbud. Det fremgår av bestemmelsen at kommunen skal tilrettelegge tjenestene blant annet slik at den enkelte pasient og bruker gis et verdig tjenestetilbud.

Hva som til enhver tid er å anse som forsvarlig er dynamisk og utvikler seg i tråd med faglige endringer, verdier og øvrige samfunnsmessige forhold.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 bidrar til en ytterligere utdyping av kravet til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» ved å angi de tjenestene kommunen som et minimum plikter å sørge for. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c fastslår at kommunen skal tilby *"plass i institusjon, herunder sykehjem"*.

Etter forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 regnes følgende som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c:

- a) Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn, unge og voksne under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger
- b) Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- c) Aldershjem
- d) Sykehjem
- e) Dagplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a første ledd skal kommunen *"tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester."* Pasienten og brukeren er gitt en korresponderende rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e.

Med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» fremgår det av forarbeidene (Prop. 99 L (2015-2016), merknadene til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e) at det siktes til boliger:

som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende, kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.

«Tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» omfatter også omsorgsboliger. Innledningsvis i forarbeidene (Prop. 99 L (2015-2016)) står det:

Det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer sitt helse- og omsorgstjenestetilbud, både når det gjelder innholdet i tjenestene og hvor tjenestene ytes. Det er etter hvert vanskelig å se forskjell på sykehjem og enkelte omsorgsboliger. For å ta høyde for kommunenes ulike tjeneste- og boligtilbud omfatter forslaget både plass i sykehjem og opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. «boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens helse- og omsorgsbehov døgnet rundt. Bistand fra egnet personell og tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på sykehjem.

3.3 Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven

Formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 lyder:

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Bak formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 ligger flere grunnlovs- og menneskerettigheter. Grunnlovens § 93 (retten til liv), § 94 (retten til frihet), § 102 (retten til privatliv) og § 104 (barns rettigheter) er alle sentrale bestemmelser som ligger bak lovens formål og som loven må tolkes i lys av. Også internasjonale konvensjoner, som f.eks. Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) inneholder flere bestemmelser som er relevant for tolkningen av pasient- og brukerrettighetsloven.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasient og bruker rett til «*nødvendige*» helse- og omsorgstjenester fra kommunen de oppholder seg i, jf. § 2-1 a, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd. I forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, i Prop. 91 L (2010-2011) side 514 fremgår det følgende om nødvendighetskravet:

Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» skal tolkes slik at det gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret. Det avgjørende må være den hjelpetrequendes behov ut ifra en helse- og sosialfaglig vurdering. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, hvor det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Det er imidlertid en minstandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi."

Videre står det: "Rettighetsbestemmelsen omfatter hjelpebehov av rent praktisk eller personlig art. Om en person «ikke kan dra omsorg for seg selv», krever en sosialfaglig vurdering, og i mange tilfeller også en helsefaglig vurdering, av vedkommendes funksjonsevne. Dette innebærer at også foreldre og deres mindreårige barn vil kunne ha rettigheter etter bestemmelsen, hvis omsorgen for barnet overgår foreldrenes omsorgsevne. Dette kan skyldes forhold hos barnet (enkelte funksjonshemmede barn kan for eksempel ha et så stort omsorgsbehov at dette overstiger foreldrenes omsorgsevne) eller foreldrenes egen helse eller funksjonshemming.

Det følger videre av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a tredje ledd at pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud.

Hovedregelen er at det er kommunen som avgjør hvilken tjeneste eller kombinasjon av tjenester kommunen skal tilby den enkelte, så lenge kravet til nødvendige og faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester er oppfylt. I utgangspunktet kan derfor ikke den

enkelte pasient eller bruker vise til pasient- og brukerrettighetsloven og kreve at kommunen skal tilby nærmere bestemte tjenester.

Lovens § 2-1 e første ledd gir pasient eller bruker rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Se høringsnotatets punkt 3.2 om hva det siktes til med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester». Bestemmelsen er utformet tilsvarende som pliktbestemmelsen for kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a første ledd og det vises til omtalen av hvilke elementer som inngår i en vurdering av forsvarlighet under punkt 3.2.

3.4 Pasienten eller brukerens rett til å medvirke ved utformingen av sitt tjenestetilbud - Om rett til informasjon, medvirkning og samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven

3.4.1 Om informasjon og medvirkning

Pasientens og brukerens rett til informasjon er nærmere regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende er regulert i §§ 3-3 og 3-4. Hvem som er å regne som nærmeste pårørende er regulert i § 1-3 bokstav b.

Det er ikke tilstrekkelig at informasjonen gis. Pasienten eller brukeren må forstå innholdet og betydningen av informasjonen, noe som innebærer at den enkeltes evne til å gi og motta informasjon må tilpasses, se § 3-5.

Pasienten eller brukerens rett til medvirkning reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Det følger av bestemmelsens første ledd at pasient eller bruker blant annet har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Se mer om barnas rettigheter under punkt 3.4.2. Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 annet ledd at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det fremgår videre at det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tilbud knyttet til blant annet plass i institusjon, herunder sykehjem, og helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, som f.eks. praktisk bistand, opplæring og støttekontakt.

Kravet om informasjon og medvirkning må ses i sammenheng. For at en pasient eller bruker skal ha forutsetning for å medvirke ved utformingen og gjennomføringen av helse- og omsorgstjenestene, må de ha tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som kreves og hvilke tilgjengelige og forsvarlige helse- og omsorgstilbud kommunen kan tilby.

Det er et viktig prinsipp at helse- og tjenestetilbudet så langt som mulig blir tilpasset den enkeltes spesielle ønsker og behov. Kommunene må anstrenge seg for å finne individuelt tilpassede løsninger, noe som særlig gjelder der behovet for helse- og omsorgstjenester er langvarig og i det daglige påvirker pasienten eller brukerens livssituasjon, som f.eks. ved opphold i sykehjem eller annen heldøgns institusjon/bolig. Det samme gjelder ved

boligsosial bistand, jf. lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet § 7 tredje ledd, jf. § 6.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten dersom denne ikke har samtykkekompetanse.

3.4.2. Særlig om barn og barnets beste

I anmodningsvedtaket står det uttrykkelig at det skal tas hensynet til barnets beste. Hensynet til barnets beste er et godt innarbeidet prinsipp i nasjonalt regelverk og internasjonale konvensjoner Norge er forpliktet til å følge. Et eksempel er barnekonvensjonen (BK) som er implementert i norsk rett gjennom menneskerettsloven. Vi vil under dette punktet fremheve de mest sentrale bestemmelsene som gjelder barn særskilt. Særlig retten for barn og ungdom til å bli hørt og til å medvirke i avgjørelser som gjelder dem selv i helselovgivningen.

Som barn regnes personer under 18 år. Dette er i tråd med barnekonvensjonen art. 1, vergemålsloven § 8, barnelova § 33 og barnevernloven § 1-3 første ledd.

Barn har rett til å bli hørt, både når det gjelder utforming av eget tjenestetilbud og samtykke til helsehjelp. I Grunnloven § 104 står det:

Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres meninger skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.

Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

Barn har rett til vern om sin personlige integritet. Statens myndigheter skal legge til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie.

Norge er forpliktet til å følge internasjonale konvensjoner, blant annet FNs barnekonvensjon som er inkorporert (innlemmet) i norsk rett gjennom menneskerettsloven. Norges regelverk om barns rettigheter presumeres (antas) å være i tråd med Norges internasjonale forpliktelser. Særlig relevant er barnelova, barnevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Departementet viser særlig til barnekonvensjonen (BK) art. 23. Bestemmelsen omhandler barn som er psykisk eller fysisk utviklingshemmet. Den legger i stor grad vekt på samme verdier som helse- og omsorgstjenestelovens formålsbestemmelse i § 1-1.¹

Både barnelova og pasient- og brukerrettighetsloven opererer med stigende aldersgrenser for barnets rett til å bli hørt og barnets rett til medvirkning eller samtykke knyttet til helsehjelp som gjelder barnet selv, se barnelova § 31 og pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-3 – 4-5. Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 6 regulerer barns særlige rettigheter. Bestemmelsene går bl.a. ut på rett til samvær med foreldrene i institusjon, rett til aktivitet og rett til undervisning. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5 kan et barn som har fylt 12 år, og forstår hva saken gjelder, opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende. Det innebærer blant annet en selvstendig rett til å klage på vedtak og evt. reise søksmål mot kommunen.

Hensynet til barnets beste er også fremhevet i forarbeidene til ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet. Her fremgår blant annet: «At bistanden [til å skaffe eller

¹ Lenk til BK: [Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett \(menneskerettsloven\) - Vedlegg 8. FNs konvensjon om barnets rettigheter med protokoller \(norsk oversettelse\) - Lovdata](#)

beholde egnet bolig] skal være individuelt tilpasset, innebærer at kommunen må ta hensyn til særlige behov, [...] Hvis den vanskeligstilte har barn, er hensynet til barnets beste sentralt.» (Prop. 132 L (2021-2022) punkt 11.3.3). Barnets beste og retten til å bli hørt er også fremhevet i forbindelse med saksbehandlingen, jf. proposisjonen punkt 12.3.5.

3.4.3 FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og likestillings- og diskrimineringsloven²

Lovforslaget omhandler pasienter eller brukere med omfattende hjelpebehov. Felles for disse pasientene/brukerne er at de har nedsatt funksjonsevne. Funksjonsevnen varierer fra person til person, men den er av en slik karakter at de bør bo i en heldøgns institusjon dersom de ikke kan motta tilstrekkelig hjelp og omsorg i hjemmet.

FN-konvensjonens hovedformål er å sikre personer med nedsatt funksjonsevne like muligheter til å realisere sine menneskerettigheter, samt å bygge ned hindre som vanskeliggjør dette. Statspartene (de landene som har ratifisert konvensjonen) skal forby enhver form for diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. En av konvensjonens målsettinger er at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal få et selvstendig liv og kunne delta fullt ut på alle livets områder.

Konvensjonen artikkel 1 har en formålsbestemmelse som lyder:

«Denne konvensjon har som formål å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og å fremme respekten for deres iboende verdighet.»

Mennesker med nedsatt funksjonsevne er blant annet mennesker med langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre.»

Lov 16. juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven) gjelder på alle samfunnsområder, jf. § 2 første ledd. Det vil si at den også gjelder for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Funksjonsnedsettelse er et diskrimineringsgrunnlag, jf. loven § 1 første ledd og § 6 første ledd.

Departementet viser særlig til loven kapittel 3. om universell utforming og individuell tilrettelegging. Departementet viser videre til loven § 20 om rett til individuell tilrettelegging av kommunale tjenester som lyder:

Barn med funksjonsnedsettelse har rett til egnet individuell tilrettelegging av kommunale barnehagetilbud, for å sikre likeverdige utviklings- og aktivitetsmuligheter.

Personer med funksjonsnedsettelse har rett til egnet individuell tilrettelegging av kommunale tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven av varig karakter for den enkelte, for å sikre et likeverdig tilbud.

Retten etter første og andre ledd gjelder tilrettelegging som ikke innebærer en uforholdsmessig byrde. I denne vurderingen skal det særlig legges vekt på

- a) *tilretteleggingens effekt for å fjerne barrierer for personer med funksjonsnedsettelse*
- b) *kostnadene ved tilretteleggingen*

² Konvensjonsteksten på norsk: [Konvensjon, rettighetene, mennesker nedsatt funksjonsevne \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

c) *virksomhetens ressurser*

Likestillings- og diskrimineringsloven håndheves av Diskrimineringsnemnda, se lov 16. juni 2017 nr. 50 om Likestillings- og diskrimineringsombudet og Diskrimineringsnemnda (diskrimineringsombudsloven).

3.5 Om samtykkekompetanse og representasjon

3.5.1 Hovedregler om samtykke til helsehjelp

Hovedregelen er at helsehjelp kun kan gis dersom pasienten samtykker til dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd. Samtykkekompetanse handler om kompetansen til å ta avgjørelser i spørsmål om egen helsehjelp, noe som også omfatter innleggelse i institusjon, f.eks. et sykehjem eller annen heldøgns institusjon beregnet for eldre. Samtykke til helsehjelp forutsetter at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Det forutsetter også at pasienten eller brukeren er i stand til å forstå hva samtykket innebærer og omfatter. Se punkt 3.4.1.

At pasienten kan trekke tilbake sitt samtykke er presisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 annet ledd.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2 kan samtykke gis uttrykkelig eller stilltiende. Hvem som har samtykkekompetanse, er nærmere regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd:

- a. *personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse*
- b. *personer mellom 16 og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art*

Utgangspunktet er at alle *pasienter over 16 år* har rett til å samtykke til helsehjelp, med mindre noe annet følger av særlig lovbestemmelse eller tiltakets art, se pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstavene a og b. Derfor sier man gjerne at den "helserettslige myndighetsalder" er 16 år.

Se også under pkt. 3.4.2 og henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5 om at et barn som har *fylt 12 år* har partsrettigheter og kan gjøre disse gjeldende.

3.5.2 Helt eller delvis bortfall av samtykkekompetanse. Representasjon.

Retten til å samtykke (samtykkekompetansen) *«kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter»*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd. Samtykkekompetansen skal vurderes konkret i forhold til den helsehjelp som skal gis. Det skal for eksempel vurderes konkret om pasienten eller brukeren har samtykkekompetanse i spørsmål om innleggelse på heldøgns institusjon. Når en pasient ikke kan samtykke til helsehjelp selv er det andre som samtykker eller bestemmer for pasienten.

Hovedregelen er at foreldre eller de som har foreldreansvaret kan samtykke på vegne av barn under 16 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd. Det samme gjelder for *ungdom mellom 16 og 18 år* som ikke har samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-5.

For *pasienter over 18 år* som ikke har samtykkekompetanse, skal den som yter helsehjelpen ta en avgjørelse om det skal ytes helsehjelp uten samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Ved helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan det etter § 4-6 annet ledd gis helsehjelp dersom det antas å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten selv ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Den som yter helsehjelp, skal også rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell. Etter § 4-6 tredje ledd, kan helsehjelp etter bestemmelsen ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp, er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 4-7 står det:

Pasient som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området etter vergemålsloven § 22 tredje ledd, skal i så stor utstrekning som mulig selv samtykke til helsehjelp. Dersom dette ikke er mulig, kan vergen samtykke på vegne av pasienten.» I vergemålsloven § 22 tredje ledd som det vises til står det: «En person kan fratras den rettslige handleevnen i personlige forhold på bestemte områder hvis det er betydelig fare for at han eller hun vil handle på en måte som i vesentlig grad vil være egnet til å skade hans eller hennes interesser.

Vergemål for voksne er regulert i vergemålsloven kap. 4. Vilklårene for å sette voksne personer som har fylt 18 år under vergemål reguleres i § 20. Vergemålets innhold og omfang reguleres av § 21. Loven § 22 regulerer særskilte vilkår for vergemål med fratakelse av den rettslige handleevnen.

Selv om en pasient eller bruker er fratatt rettslig handleevne på det personlige området, er det ingen automatikk i at vedkommende også er fratatt den rettslige handleevnen i helserelaterte spørsmål, herunder avgjørelse om langtidsopphold i institusjon. En verge kan heller ikke samtykke til tvang, jf. vergemålsloven § 21 fjerde ledd. Dersom det blir aktuelt med bruk av tvang overfor en vergetrengende pasient eller bruker, er det vilklårene i aktuell særlov som må være oppfylt, f.eks. lov om psykisk helsevern når det gjelder innleggelse på et psykiatrisk sykehus eller pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A for somatisk helsehjelp og innleggelse i sykehjem.

4. Departementets vurderinger og forslag

4.1 Generelt om forslaget

Dette punktet gir en fremstilling av lovforslaget generelt, behovet for lovendringen, forholdet til det kommunale selvstyret og lovtekniske bemerkninger. Departementet skisserer også alternativ til et forbud mot bosetting i sykehjem mv. i punkt 4.1.5.

4.1.1 Innledning

Departementet foreslår en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2b og en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-8. Forslaget innebærer at kommunen ikke kan fatte vedtak om langtidsopphold for barn, unge og voksne under 50 år i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester beregnet for eldre, med mindre det gis samtykke til oppholdet. Dette vil i praksis også omfatte omsorgsboliger, men kun omsorgsboliger der beboerne deler oppholdsrom som kjøkken, bad eller lignende. Se mer om dette under pkt. 4.2.1.

I tillegg foreslås et nytt tredje ledd i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 der det fremgår at kapitlet («Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.») ikke kommer til anvendelse for personer under 50 år ved bosetning i sykehjem mv.

Av lovtekniske grunner foreslår departementet en annen plassering av reguleringen enn det som foreslås i Stortingets anmodningsvedtak, se punkt 4.1.4.

Departementet kan ikke se at Stortinget har drøftet den øvre aldersgrensen nærmere. Den tertialvise rapporteringen fra statsforvalterne til Helsedirektoratet om unge personer bosatt i sykehjem har et øvre skjæringspunkt på 50 år. Departementet har vurdert en høyere øvre aldersgrense, f.eks. 55 år og 60 år, men velger å følge både rapporteringer og anmodningsvedtak. Lovforslaget innebærer derfor en øvre aldersgrense på 50 år. Lovforslaget er en innskrenkning av den kommunale friheten til å organisere helse- og omsorgstjenestetilbudet, og det vil i praksis kunne bli utfordrende for kommunene å overholde lovforslaget med en høyere øvre aldersgrense enn 50 år.

Departementet har ikke oversikt over antall pasienter/brukere mellom 50 år og 60 år som er bosatt på sykehjem i dag. Dersom lovforslaget også skulle gjelde denne aldersgruppen, vil antallet pasienter/brukere som omfattes av forslaget være vesentlig større, også fordi andelen som trenger institusjonsplass trolig vil være større i denne gruppen enn for personer under 50 år. Et slikt forslag vil derfor sette kommunene i en uforholdsmessig krevende situasjon. Kommunene har et lovpålagt forsvarlighetskrav å ivareta, noe som kan bli utfordrende for særlig mindre kommuner dersom øvre aldersgrense heves fra 50 år.

I rapporteringen fra statsforvalterne inngår personer innskrevet for langtidsopphold i sykehjem og aldershjem definert etter forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav c og d. Departementet har ikke noen oversikt over hvor mange barn, unge og voksne under 50 år som bor i en annen boform med heldøgns tjenester beregnet for eldre. Departementet har heller ikke oversikt over hvor mange barn, unge og voksne under 50 år som bor i en omsorgsbolig hvor beboere deler oppholdsrom som kjøkken, bad eller lignende.

Det foreslås at kommunen skal ha inntil 60 dager til å etablere et annet forsvarlig tilbud, se punkt 4.2.2 om hva som regnes som langtidsopphold.

Kommunen kan inngå avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere, blant annet når kommunen selv ikke har et faglig forsvarlig tilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd. Kommunen kan bl.a. undersøke med nabokommuner om de har et tilbud som kan benyttes (kjøpes), eller de kan undersøke om det er en mulighet for et interkommunalt samarbeid for å etablere institusjonsplasser for unge personer med et omfattende helse- og omsorgsbehov. Dersom kommunene trenger ytterligere tid til å etablere et faglig forsvarlig tilbud, er det departementets inntrykk at det vanligvis er en god dialog og tillit mellom kommune, pasient og pårørende.

Det foreslås videre et snevert og i utgangspunktet tidsubegrenset unntak for kommunene i særlige tilfeller, se under pkt. 4.2.3.

4.1.2 Behovet for lovendringen

Det kan medføre en ekstra belastning for unge personer å bo i sykehjem mv. sammen med eldre personer, særlig dersom de eldre har en demensdiagnose. Ca. 80 % av beboerne på sykehjem har en demensdiagnose. Sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre, er i utgangspunktet ikke tilrettelagt for yngre personer når det gjelder f.eks. aktivitetsnivå og stimuli. Også unge alvorlige syke eller unge med nedsatt funksjonsevne skal ha så frie og selvstendige liv som mulig. Departementet viser videre til at barnets beste er et gjennomgående og grunnleggende prinsipp i nasjonal lovgivning og internasjonal rett. Når det gjelder barn med nedsatt funksjonsevne, vises det særlig til Barnekonvensjonen artikkel 23 som blant annet vektlegger verdighet, selvstendighet, sosial integrering og personlig utvikling (se også punkt 3.4.2).

Departementet viser også til formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 nr. 3 om å *«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»*. Departementet ser at det kan være en utfordring å oppfylle dette formålet i fellesskap med pasienter som er langt eldre, og har andre behov enn yngre. Aktivitetstilbudene på sykehjem mv. har ikke unge under 50 år som målgruppe, og det kan stilles spørsmål ved om unge under 50 år får den aktive og meningsfulle tilværelsen de burde ha. Det kan også være utfordrende å gi de unge et tilstrekkelig tilrettelagt tilbud.

Departementet viser videre til § 1-1 nr. 6 om å *«sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet»*. Verdighet er blant annet frihet til å ta avgjørelser og treffe valg som berører eget liv, og å oppleve at dette behovet blir møtt med respekt. Verdighet er også en subjektiv opplevelse der pasient eller bruker får en bekreftelse av egenverd og respektfull anerkjennelse fra helse- og omsorgstjenesten.

Departementet er klar over at forslaget i enkelte tilfeller kan innebære praktiske og økonomiske utfordringer for kommunen. Dette kan særlig gjelde små kommuner med få boformer med heldøgns tjenester. Lovgiver har gjennom anmodningsvedtakene satt et klart skjæringspunkt for det kommunale handlingsrommet når det gjelder tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i denne gruppen. Forslaget tar sikte på å regulere de tilfellene der pasienten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke allerede har klart å komme frem til et forsvarlig og egnet tjenestetilbud eller en plan for et slikt tjenestetilbud for unge personer under 50 år gjennom dialog og samarbeid.

Departementets hovedinntrykk er at samarbeidet der pasient eller bruker har store og sammensatte hjelpebehov, fungerer godt. De fem statsforvalterne som svarte i spørreundersøkelsen fra Helsedirektoratet (se pkt. 2.2 om «Dagens praksis») opplyste for øvrig at de ikke hadde mottatt noen klager. Det er likevel enkelte pasienter og brukere under 50 år som bosettes i sykehjem mv. mot egen eller pårørendes vilje, noe lovforslaget vil

forhindre kommunene å gjøre. Den siste rapporteringen til Helsedirektoratet per 31. desember 2021 viste en økning fra foregående år, noe som også taler for en lovregulering.

4.1.3. Forholdet til det kommunale selvstyret

Det kommunale selvstyret og lokaldemokratiet er godt forankret i norsk rett. Hovedformålet med lokalt selvstyre er at avgjørelser, organisering av tjenester og oppgaver mv. bør tilpasses lokale forhold.

Det kommunale selvstyre er lovfestet i både Grunnloven § 49 annet ledd og i lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) §§ 2-1 og 2-2, jf. 1-1. Begrensninger i det kommunale selvstyre må ha hjemmel i lov.

I kommuneloven § 2-2 første ledd står det at

Det kommunale og fylkeskommunale selvstyret bør ikke begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål.

I henhold til forarbeidene til bestemmelsen, Prop. 46 L (2017-2018) side 356 skal det foretas en avveining der både hensyn til nasjonale mål og hensynet til det kommunale selvstyret vurderes. Videre står det:

Eventuelle begrensninger i det kommunale og fylkeskommunale selvstyret bør forbeholdes de tilfeller hvor det er et klart behov for nasjonale føringer og hvor begrensninger er nødvendig. Vurderinger etter bestemmelsen kan være aktuell i ulike situasjoner. I og med at det gjelder et lovkrav for å gi oppgaver og plikter til kommunene og fylkeskommunene vil forholdsmessighetsprinsippet særlig være rettet mot vurderinger knyttet til arbeidet med innføring av slike lover, dog selvsagt slik at Stortinget ikke er bundet av prinsippet.

Hensynet til det kommunale selvstyret og kommunens handlefrihet til å bestemme innretningen på den boligsosiale bistanden i det enkelte tilfelle fremgår også i lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet, jf. § 6 annet ledd første punktum om at «kommunen vurderer hvilken [boligsosial] bistand som skal gis.»

Anmodningsvedtaket som ligger til grunn for forslaget i dette høringsnotatet er fra før lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet ble vedtatt. Departementet mener lovens bestemmelser om kommunens plikt til å gi individuelt tilpasset bistand til å skaffe en egnet bolig og krav til brukermedvirkning, kan bidra til å oppfylle intensjonen bak anmodningsvedtaket.

Departementet tar likevel som utgangspunkt at når Stortinget fatter anmodningsvedtak om å lovfeste et forbud for kommunene til å bosette unge personer på sykehjem, foretar Stortinget samtidig en avveining mellom det nasjonale målet om at ingen personer under 50 år skal bosettes mot sin vilje i sykehjem mv. og hensynet til det kommunale selvstyret. Dette må også gjelde de delene av forslaget som går lenger enn ordlyden i anmodningsvedtaket, men som følger opp Stortingets intensjon med vedtaket.

På bakgrunn av den nye loven om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet, og av hensyn til det kommunale selvstyret, vurderer imidlertid departementet et alternativ til et forbud mot bosetting i sykehjem mv. i punkt 4.1.5 der vi ber om høringsinstansenes innspill.

Anmodningsvedtaket og lovforslaget er begrunnet ut fra ulike formål som er lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Dette er blant annet formål som pasienters/brukeres likeverd, aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, mulighet til å leve og bo selvstendig og å sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet. Departementet mener at de formålsbestemmelsene det vises til, både enkeltvis og samlet, innebærer at yngre personer ikke bør bli nødt til å leve sammen med langt eldre, som ofte har demens, på sykehjem mv. mot sin vilje. Tilbudene på et sykehjem og lignende boformer er utformet og tilpasset eldre beboere. Fellesskap med langt eldre pasienter kan virke demotiverende og meningsløst for yngre personer som bor der mot sin vilje. De vil dessuten oppleve at de eldre beboerne faller fra, og det vil derfor heller ikke være noen kontinuitet eller stabilitet for barn, unge og voksne personer under 50 år.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte brev til landets statsforvaltere og kommuner 14. august 2018 og skrev at praksisen med å bosette yngre personer på sykehjem mot deres vilje *ikke* var i tråd med Stortingets intensjon. Til tross for dette viser innrapporterte tall fra Helsedirektoratet at praksisen fortsetter. Veiledning har således vist seg utilstrekkelig, og det er nødvendig med lovregulering som forbyr å bosette barn, unge og voksne i sykehjem og lignende boformer.

4.1.4. Lovteknisk plassering av nye lovbestemmelser

I Stortingets anmodningsvedtak står det at lovendringen skal gjøres i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav a. Denne bestemmelsen handler om forsvarlighet og at kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at *den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud*.

Departementet foreslår at lovendringen delvis fastsettes i en egen og ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b, og delvis i en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-8. Bestemmelsene skal vise til hverandre. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven retter seg mot kommunene, mens bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven retter seg mot pasientene og brukerne. Løsningen er i tråd med begge lovenes oppbygging, se pkt. 3.1 (gjeldende rett).

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a handler om kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller «tilsvarende *bolig* særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester». Departementet mener at den naturlige plasseringen blir en ny § 3-2 b. Det fremgår av forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven at § 3-2 a også regulerer omsorgsboliger, se pkt. 3.2 og 4.2.1

Departementet foreslår at den delen av lovforslaget som omhandler samtykkereglene står i samme kapittel som øvrige samtykkeregler i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 og at bestemmelsen tas inn i ny § 4-8.

4.1.5. Alternativ til lovforslaget

Departementet skisserer også mulige alternativ til lovforslaget i pkt. 6.

Alternativene innebærer en lovregulering av barn, unge og voksnes sosiale miljø og aktivitetstilbud når de er plassert i kommunal institusjon eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Hensikten er å sikre pasientene og brukerne under 50 år et aktivitetsnivå og et sosialt miljø som er særskilt tilrettelagt for deres aldergruppe, uten at det lovfestes et forbud mot bosetting. Departementet viser til at et av hovedhensynene bak Stortingets anmodningsvedtak, er å sikre et godt sosialt miljø for barn, unge og voksne i institusjon.

En mulig utforming av lovtekst kan være:

Når barn, unge og voksne under 50 år er bosatt i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, skal det tas særlig hensyn til den enkeltes behov for aktivitet og et sosialt miljø tilpasset aldersgruppen.

Sosialt miljø og tilpasset aktivitet kan også sikres gjennom en rettighetsbestemmelse: Et alternativ kan f.eks. være en rettighet for barn, unge og voksne om at de skal få sitt behov for aktivitet og et alderstilpasset miljø ivaretatt. En mulig utforming av lovtekst kan være:

Barn, unge og voksne under 50 år som bosettes i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester har rett til å få ivaretatt sitt behov for aktivitet og alderstilpasset miljø.

Begge alternativene innebærer at kommunen må iverksette tiltak for å sikre dette, uavhengig av hvordan tjenestene organiseres.

Departementet ber om høringsinstansenes innspill på hvordan slike bestemmelser best bør utformes.

4.2. Nærmere om enkelte avgrensninger i lovforslaget

4.2.1 Sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre

Begrepet «sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre», vil etter lovforslaget omfatte både sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger med felles oppholdsrom for beboerne. Det avgjørende for om en konkret omsorgsbolig omfattes av lovforslaget, er om boformen i realiteten er beregnet for eldre pasienter og brukere, ikke hva den betegnes som.

Pasient og bruker betaler husleie for sin omsorgsbolig. Utover dette er det stor variasjon mellom kommuner når det gjelder hvordan tjenestetilbud i omsorgsboliger er utformet og hvordan omsorgsboligene er innrettet. Omsorgsboligen anses som pasienten og brukerens egen bolig. Omsorgsboliger kan være atskilte enheter, samlokaliserte enheter, m.m. Dette innebærer at det er ulike løsninger når det gjelder tilgang på felles oppholdsrom og felles aktiviteter. Aktivitetene og tilretteleggingen kan være mer individuelt innrettet i omsorgsboliger, og pasient- og brukergruppene omgås ikke i samme grad som på et sykehjem eller annen institusjon. Det vil videre kunne være store variasjoner i beboernes alder.

Omsorgsboliger regnes som egen bolig, jf. begrepet «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e. Som det fremgår av forarbeidene til de nevnte bestemmelsene (Prop. 99 L (2015-2016)) er det etter hvert vanskelig å se forskjell på sykehjem og enkelte omsorgsboliger. Begrepet «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» ble i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a sidestilt med sykehjem for å ta høyde for kommunenes ulike tjeneste- og boligtilbud.

På denne bakgrunn mener departementet at intensjonen i Stortingets vedtak blir best ivaretatt ved at lovforslaget også omfatter visse typer omsorgsboliger. Det vises særlig til likheten mellom sykehjem og slike boliger og at hensynene bak vedtaket er at barn, unge og voksne skal ha et bomiljø med jevnaldrende og ikke plasseres i boformer beregnet for eldre. Departementet legger til grunn at det er i tråd med Stortingets intensjon at personer under 50 år ikke skal bosettes i en heldøgns boform som er beregnet for eldre personer, uavhengig av om institusjonen kalles sykehjem, aldershjem eller går under en annen betegnelse. Lovforslaget omfatter derfor omsorgsboliger der beboerne har felles oppholdsrom som stue, kjøkken, bad eller lignende og som er beregnet for eldre. Dette vil være omsorgsboliger som etter en konkret vurdering i hovedsak må anses å være en del av et kommunalt tjenestetilbud som er innrettet mot eldre pasienter og brukere. Det må gjøres en konkret vurdering i det enkelte tilfellet.

«Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» avgrenses i dette forslaget mot tjenester som pasient eller bruker mottar i sin privateide bolig. Dersom pasienten eller brukeren mottar tjenester i eget ordinære hjem, er ikke dette en «bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester». Som nevnt ovenfor er omsorgsbolig å betrakte som egen bolig.

Lovforslaget avgrenses også mot institusjoner som er rettet mot yngre brukere og pasienter. Det avgrenses videre mot boformer der flere yngre og flere eldre bor sammen, men i atskilte enheter uten fellesarealer som bad og kjøkken mv. Det er som nevnt de reelle boforholdene i boformen som blir avgjørende, ikke hva den betegnes som.

Hva menes med «eldre»

Departementet finner det krevende å definere "eldre". Både det fysiske og psykiske helse og kognitive funksjonsnivået til den enkelte varierer mye innen samme aldersgruppe, og ikke kun i ulike aldersgrupper. Derfor er det ikke formålstjenlig med en klar nedre aldersgrense på hvem som betegnes som "eldre". I tillegg vil kulturelle, demografiske og mulige andre dimensjoner kunne spille inn i vurderingen av om noen regnes som eldre. Utviklingen over tid mellom generasjoner innebærer også forskjeller i hvilke aldersgrupper som betraktes som "eldre".

Det fremgår ikke av lov eller forskrift hva som menes med "eldre personer", heller ikke i forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg eller sykehjemsforskriften.

Verdens helseorganisasjon (WHO) legger til grunn alder over 60 år i sine retningslinjer for integrert omsorg for eldre personer (Integrated care for older people: guidelines on

community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity) av 2017. FN definerer eldre som personer er 60 år eller over, men internasjonalt har en også benyttet en nedre aldersgrense på 65 år. I Norge har mange en høyere vurdering av når en er eldre enn det som gjelder internasjonalt, og som reflekteres i at Norge har en høyere øvre avgangsalder fra arbeidslivet, opptil 70-72 år, og at norske eldre har bedre helse og funksjonsevne som eldre enn mange andre land, såkalte *healthy life years* etter 65 år (OECD Health at a Glance 2020).

Departementet ber særskilt om høringsinstansenes innspill til hvordan "eldre» bør forstås i lovforslaget.

4.2.2 Om hva som regnes som langtidsopphold

Det fremgår ikke av Stortingets anmodningsvedtak at det må samtykkes til ethvert kortvarige opphold i sykehjem mv. Det ville også by på uforholdsmessige praktiske og organisatoriske utfordringer for kommunene.

Departementet mener kommunene kan trenge noe tid på å organisere sine tjenester og å etablere et forsvarlig tilbud til den enkelte pasient eller bruker, slik de er pålagt etter helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Det vil som nevnt ovenfor være lite hensiktsmessig å pålegge kommuner å etablere omfattende helse- og omsorgstjenesteilbud ved midlertidige og kortvarige behov. Lovforslaget skal derfor gjelde opphold av en viss varighet.

Departementet har sett hen til forskrift 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester (egenandelsforskriften). I forskriften § 1 tredje ledd bokstav a regnes korttidsopphold som *Tidsavgrenset opphold i institusjon gitt som døgnopphold, dagopphold eller nattopphold*. I egenandelsforskriften § 1 tredje ledd bokstav b regnes langtidsopphold som *Opphold i institusjon på ubestemt tid eller tidsavgrenset opphold når vedkommende har vært på institusjon i minst 60 døgn pr. kalenderår*.

Departementet foreslår en tilsvarende avgrensning i lovutkastet. Det nye forbudet vil dermed bare gjelde opphold ut over 60 døgn pr. kalenderår.

Departementet finner det dermed riktig at også lovforslaget tar utgangspunkt i antall døgn per kalenderår. Det kan f.eks. være behov for kommuner til å foreta endringer i den tjenesten som er etablert utenfor en heldøgns institusjon beregnet for eldre. Endringene kan være organisatoriske, personellmessige (opplæring) mv.

Kommunen bør i mellomtiden tilstrebe å tilby midlertidig opphold et annet sted enn i en boform for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre. Departementet forventer at antall døgn i slike boformer begrenses til et minimum av det som er nødvendig for å oppnå formålet med den midlertidige flyttingen.

4.2.3 Kommunenes adgang til unntak i en lengre periode i særlige tilfeller

Dersom kommunen ikke klarer å få etablert et forsvarlig tilbud innen 60 dager, kan det gjøres unntak i særlige tilfeller. Adgangen til unntak skal tolkes snevert. Unntaket skal være en

nødløsning, og er særlig aktuelt ved situasjoner som oppstår plutselig, der kommunen kanskje må bygge ny tilrettelagt bolig. Det er med andre ord tilfeller der kommunen ellers ikke vil ha noen reell mulighet til å oppfylle forsvarlighetskravet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd.

Departementet legger til grunn at kommunen i slike særlige tilfeller treffer et enkeltvedtak for der pasienten skal bo, så lenge unntaket gjelder. Det skal der fremgår hvilke særlige grunner som gjør at kommunen trenger lenger tid enn 60 dager.

Departementet har vurdert om det skal settes et tidspunkt for hvor lenge kommunen kan benytte et slikt unntak. Departementet har kommet til at fordi boformene er så forskjellig utformet og organisert, og det vanskelig kan tas høyde for alle situasjoner en kommune kan tenkes å komme i, taler det for at unntaket er tidsbegrenset. I vurderingen har departementet også sett hen til at dersom pasienten/brukeren eller nærmeste pårørende mener at kommunen bruker unødvendig lang tid, kan de klage til statsforvalter etter de alminnelige klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. På denne bakgrunn foreslår departementet ingen konkret tidsbegrensning for unntak, men viser til at kravet om «særlig grunner» i praksis vil innebære en slik begrensning.

4.3 Nærmere om samtykke og representasjon

4.3.1 Generelt om samtykkekravet

Som nevnt i punkt 4.1, skal pasient eller bruker under 50 år fortsatt kunne samtykke til bosetting i sykehjem mv. Samtykket må være basert på god informasjon om hva tilbudet innebærer og hva som er det alternative tilbudet dersom vedkommende ikke samtykker. Det alternative tilbudet må oppfylle retten til et nødvendig, verdig og forsvarlig helse- og omsorgstilbud. Dette er krav til samtykke som allerede følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

Siden utgangspunktet er et forbud mot slik bosetting, bør det etter departementets oppfatning kreves at uttrykkelig samtykke. Det skal således ikke være tilstrekkelig med et stilltiende samtykke etter § 4-2.

Departementet vurderer nedenfor om det bør gjøres unntak eller presiseringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 om hvem som kan samtykke til opphold for personer under femti år i institusjon beregnet for eldre personer når personen selv mangler samtykkekompetanse. Videre foreslås det unntak fra tvangsreglene i kapittel 4A.

4.3.2 Særlig om barnets alder og samtykkekravet

Departementets lovforslag presiserer at den nedre aldersgrensen for at pasient/bruker skal kunne gi et selvstendig samtykke er 16 år. Departementet ser ingen gode grunner til å avvike fra de alminnelige samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4. Ungdom som er 16 og 17 år har normalt (med mindre de er sterkt kognitivt svekket) egne meninger om hvilken helsehjelp de vil motta. De vil normalt også ha meninger om å bosettes i boform med heldøgns tjenester som er beregnet for eldre, og dette bør det legges avgjørende vekt på. Departementet har også sett hen til flere regler i andre helselover med tanke på fastsetting av aldersgrensen i lovforslaget. Hensynet til et helhetlig regelverk tilsier at det bør gjelde en aldersgrense på 16 år. Psykisk helsevernloven opererer med en 16-årsgrense for samtykke til

innleggelse i psykiatrisk institusjon, dersom 16-åringen er samtykkekompetent. Ungdom som har fylt 16 år kan også samtykke til innleggelse i institusjon ved rusmiddelavhengighet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 fjerde ledd.

4.3.3 Samtykke på vegne av barn

Departementet foreslår heller ingen unntak fra de alminnelige reglene om samtykke på vegne av barn og ungdom i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4 og 4-5. Det innebærer for barn under 16 år, kan foreldre eller andre med foreldreansvar samtykke på vegne av barnet. Det samme gjelder for ungdom mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse.

Dersom barnevernet har overtatt omsorgen for barnet etter nærmere bestemmelser i barnevernloven, vil barnevernet ha rett til å samtykke til bosetting på sykehjem mv., jf. §§ 4-4 fjerde ledd og 4-5 annet ledd.

Departementet understreker at selv om kommunen og foreldre eller andre med foreldreansvar, seg mellom er enige i at det kan vedtas et langtidsopphold for barnet i boform for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre, må det gjøres en konkret helhetsvurdering av hva som er å anse som barnets beste. Barnets beste er også en del av forsvarlighetsvurderingen, f.eks. ved oppfyllelse av retten til helhetlige og koordinerte tjenestetilbud, se helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav a. For barn må særlig familiære hensyn tillegges vekt i denne helhetsvurderingen.

4.3.4 Unge voksne som har samtykkekompetanse

Så lenge pasienten i alderen 16-49 år, er samtykkekompetent og ikke ønsker å bo i boform med heldøgns tjenester som er beregnet for eldre, skal vedkommende etter lovforslaget få tilbud om opphold et annet sted som også gir et nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgstilbud. Opphold i en boform som nevnt krever således samtykke fra den som får tilbudet. Samtykke må som nevnt i punkt 4.3.1, være basert på god informasjon om hva tilbudet innebærer og hva som er det alternative tilbudet dersom vedkommende ikke samtykker.

4.3.5 Unge voksne som ikke har samtykkekompetanse

For pasienter eller brukere over 18 år som mangler samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg langtidsopphold i sykehjem mv., foreslår departementet at det kreves samtykke fra nærmeste pårørende. Se pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b om hvem som regnes som nærmeste pårørende. Nærmeste pårørende omfatter også verge.

Forslaget om å begrense kommunens adgang til å bosette personer under femti år i boform med heldøgns tjenester som er beregnet for eldre personer, skiller seg fra bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven som gir pasient eller bruker rettigheter. Lovforslaget innebærer et forbud mot at kommunene gir en bestemt type helsehjelp til en bestemt pasient- eller brukergruppe under en bestemt alder. Departementet mener derfor det er uheldig om kommunen selv, tar avgjørelsen om en pasient under 50 år uten samtykkekompetanse skal bosettes på sykehjem eller annen bolig beregnet for eldre. En slik løsning vil heller ikke følge opp Stortingets anmodningsvedtak, om at personer mellom 18-49 år ikke skal bosettes i sykehjem i strid med eget eller pårørendes ønske.

Departementet foreslår derfor et unntak fra pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 slik at kommunehelsetjenesten ikke kan beslutte opphold i sykehjem mv. på vegne av pasient eller bruker. I stedet skal nærmeste pårørende samtykke til bosettingen. Er det flere personer som er nærmeste pårørende, kreves det samtykke fra samtlige.

Departementet mener at dersom personer over 18 år som ikke har samtykkekompetanse *motsetter seg* langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende boform beregnet for eldre, er det gode grunner til at de bør høres. Det må sies å være både legitimt og rasjonelt for personer under 50 år å motsette seg langtidsopphold i boform med heldøgns tjenester som er beregnet for eldre. Departementet foreslår derfor at nærmeste pårørende i slike tilfeller ikke kan samtykke til langtidsopphold og at kommunen heller ikke kan benytte tvangsregelverket i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 A. Her bør ikke pasienter eller brukere som ikke har samtykkekompetanse, stilles dårligere enn personer med samtykkekompetanse.

Departementet mener at også dette vil være i tråd med Stortingets anmodningsvedtak, og være en logisk konsekvens av lovforbudet. Når kommunen etter lovforslaget ikke har adgang til å bosette pasienter og brukere under 50 år på sykehjem eller aldershjem, så kan de heller ikke bosette denne aldersgruppen der ved å bruke tvang etter lovens kap. 4 A.

5. Økonomiske og administrative konsekvenser

Basert på årlige gjennomganger fra statsforvalterne er det grunn til å tro at målgruppen for lovendringen er begrenset til et mindre antall personer. Rapporteringen fra statsforvalterne viser at det er få unge personer som over tid har et uønsket langtidsvedtak om opphold på sykehjem eller aldershjem og som ikke har en konkret flytteplan. Dette var 10 personer i 2020 og 14 personer i 2021.

Tilsvarende tall for unge i omsorgsboliger finnes ikke. Det er ukjent hvor mange boliger med heldøgns bemanning som er spesielt beregnet for eldre og hvilke boliger som har felles oppholdsrom. Departementet antar imidlertid at det også for denne gruppen er få unge personer som ønsker å flytte og hvor det ikke finnes noen konkret flytteplan.

Det antas at personene som omfattes av lovforslaget har rett til betydelige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Forslaget endrer ikke denne retten, men regulerer hvordan og hvor tjenesten kan gjennomføres. En plass i institusjon har en betydelig kostnad. En plass i sykehjem har en gjennomsnittlig driftskostnad på om lag 1,4 mill. kroner per år. Det er også slik at staten ved folketrygden betaler for f.eks. lege-tjenester/medisiner på blå resept etter takstordningen som gis i omsorgsbolig/eget hjem. Det vises også til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester (totalt ca. 10-12 mrd. kroner) som har som formål å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Etter denne ordningen refunderes deler av utgiftene kommunen har til brukere som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester. Ordningen omfatter brukere både i omsorgsboliger og når det ytes omfattende tjenester i eget private hjem. Kommunene får som hovedregel dekket 80 % av utgifter ut over 1,47 mill. kroner (2022).

Økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene vil bli utredet videre. I den forbindelse understrekes at et viktig formål med høringen er å kartlegge konsekvenser ved ulike alternativer.

6. Departementets lovforslag

Helse- og omsorgstjenesteloven ny § 3-2 b skal lyde:

§ 3-2 b *Kommunens adgang til å vedta langtidsopphold for personer under 50 år på sykehjem mv.*

Kommunen kan ikke uten samtykke etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-8, vedta langtidsopphold for personer under 50 år i sykehjem. Det samme gjelder tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som er beregnet for eldre og har felles oppholdsrom for beboerne. Med langtidsopphold menes opphold på 60 døgn eller mer i løpet av et kalenderår.

Kommunen kan gjøre unntak fra første ledd hvis det foreligger særlige grunner.

Pasient- og brukerrettighetsloven ny § 4-8 skal lyde:

§ 4-8 *Samtykke til langtidsopphold på sykehjem mv. for personer under 50 år*

Ved langtidsopphold for personer under 50 år i sykehjem mv. etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b, skal samtykket være uttrykkelig. Med langtidsopphold menes opphold på 60 døgn eller mer i løpet av et kalenderår.

Den eller de som kan samtykke etter første ledd, er følgende:

- a) *For barn under 16 år er det foreldre eller andre med foreldreansvar som samtykker.*
- b) *For personer mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse, og som ikke motsetter seg langtidsopphold etter første ledd, er det nærmeste pårørende som samtykker, jf. § 1-3 bokstav b.*
- c) *Barneverntjenesten samtykker på vegne av barn under 16 år som de har omsorgen for, jf. § 4-4 fjerde ledd. Det samme gjelder for ungdom mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse, jf. § 4-5 andre ledd.*
- d) *Personer over 16 år med samtykkekompetanse, samtykker selv.*
- e) *For personer over 18 år som ikke har samtykkekompetanse, og som ikke motsetter seg langtidsopphold etter første ledd, er det nærmeste pårørende som samtykker, jf. § 1-3 bokstav b.*

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 nytt tredje ledd skal lyde:

Kapitlet kommer ikke til anvendelse for personer under 50 år som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg langtidsopphold i sykehjem mv. etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b.