



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep.  
0030 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200405135	Dok.nr.: 84
Arkivkode: 520	Journ dato 04/04/05
Avl: RTA	Saksbeh.: KOH
U.off.:	

Vår ref.: 200502161-1/E: 022 &13/TOA  
(Bes oppgitt ved henvendelse)

Deres ref.: 200405135-/KOH

Kristiansand, 31.03.2005

### HØRING: NOU 2004:18 HELHET OG PLAN I SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

Det vises til Departementets oversendelse av utredning 2004:18 av 30.11.2004, med høringsfrist 01.04.2005.

Kristiansand kommune ønsker med dette å formidle følgende synspunkter og vurderinger knyttet til det fremlagte forslaget:

Høringsuttalelsen avgis under forutsetning av godkjenning i Formannskapet 6/4-2005. Saken er i dag godkjent av helse- og sosialstyret i Kristiansand kommune. Protokoll fra Formannskapets møte ettersendes.

Innledningsvis vil vi få påpeke at grunnideen om å samle tjenestelovgivningen på denne måten oppleves som fornuftig. Dog finner vi det nødvendig å understreke viktigheten av at dette ikke fremtrer som et arbeid som underlegges et uforsvarlig hastverk. Regelverket fremstår som for viktig, og for vanskelig og komplekst til det. Vil vil i det følgende kommentere konkrete forslag til regelendringer, men også si noe om strukturen i et fremtidig samlende regelverk. En umiddelbar svakhet ved forslaget velger vi å trekke ut som særdeles viktig og grunnleggende. Det er mangelen av inkorporering av regler knyttet til tvangsbruk ovenfor demente pasienter, eller pasienter med andre former for alvorlig kognitiv svikt. Vi kan ikke se at der bør innføres så vidt omfattende endringer som det legges opp til i forslaget uten at dette helt selvsagte integreres. Vi har tidligere uttalt oss til forslag om slikt regelverk, men det later til at lovgivende myndigheter har funnet materien så vidt komplisert at man har lagt det på is. Dette er ikke akseptabelt, særlig ikke når man nå velger å fremme forslag om endringer som de fremlagte. De foreslåtte endringene gjennomføres av rettighetstenkning for brukerne av de sosiale- og helsemessige tjenestene, samtidig som man velger bort en stor og sentral gruppe av dem, og i forvissning om den situasjonen som rår ute i kommunene på dette felt.

Når det overforstående er sagt, og under forutsetning av slik innkorporering, fremstår det som sagt som fornuftig å samle regelverket mer enn det har vært gjort før. Man må kunne stille spørsmål ved hvorfor barneverntjenestene er holdt utenfor dette, med unntak av endringen i lovens §6-7 (taushetsplikten). Vi vil ikke gjøre noe stort poeng ut av det, men vi finner at dette ikke henger spesielt godt sammen med for eksempel de foreslåtte reglene om samlet vedtak m.v.

Når det gjelder de teknologiske tilpassninger vi mener er nødvendige å gjøre for at kommunene fullt ut skal kunne tilpasse seg det foreslåtte regelverket, og da særlig med

[www.kristiansand.kommune.no](http://www.kristiansand.kommune.no)

Postadresse  
KRISTIANSAND KOMMUNE  
Helse- og sosialdirektøren  
Kirkegt. 11-13  
4611 Kristiansand

Besøksadresse  
  
Vår saksbehandler  
Tor Ø. Kydland

Telefon  
38 07 52 78  
  
E-postadresse  
post.hsstab@kristiansand.kommune.no

Foretaksregisteret  
NO963296746  
  
Telefaks

tanke på endringen av plattform for taushetsplikten og ideen om samlet vedtak, er det vår oppfatning at dette verktøyet bør utvikles sentralt. Med forutsetning om finansiering vil Kristiansand kommune kunne vurdere å påta seg ansvaret for å utvikle et It-system med de nødvendige spesifikasjoner.

At tidligere § 6-1 i sosialtjenesteloven ikke videreføres som egen regel mener vi er uheldig da rusomsorgen trenger den særskilte fokus dette har medført.

Høringsuttalelsen her er utarbeidet i samarbeid mellom representanter for de ulike faggruppene som anses å bli mest berørt av de foreslåtte endringene, og notatet kan således virke noe usammenhengende på visse punkter. Dog finner vi det likevel riktig å presentere notatet slik.

Vi tror at hovedutfordringene ved iverksettelse og gjennomføring som foreslått vil knytte seg til bruken av individuell plan, samlet vedtak, samt fokuseringen på enkelte tjenesters krav til bruk av enkeltvedtak for tildeling. Det tenkes da særskilt på lege og fysioterapitjenester. Videre vil utarbeidelse og implementering av tilpassede It- systemer være svært krevende. Kravspesifikasjoner bør utarbeides sentralt, evt settes bort til en større kommune.

## **KAP 1 – Lovens formål og rekkevidde. Definisjoner**

### Ad § 1-4 nr. 2:

Nou 2004:18 sier ikke noe om hvilke kompetanse kommunene skal inneha, men at tjenesteytende personell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov og forskrifter. Og at Kongen kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold, herunder om faglige kvalifikasjoner for personell i særlige stillinger.

Det fremgår i forarbeidet til ny NOU at tjenesteutøverens kompetansenivå og sammensetning er viktig for at kommunen kan tilby forsvarlige tjenester, og at kommunen skal sørge for at disse skal kunne utføre sine oppgaver på forsvarlig måte. Når det gjelder kompetansen sies det at det skal fastsettes minste standarder for kompetansenivå. Prinsippet om at kommunen i stor grad skal kunne fastsette nivå på kompetansen hos tjenesteyterne og innhold i tjenesten, er i tråd med kommunalt selvstyre. Men vi er bekymret for utviklingen innen eldreomsorgen (omsorgstjenesten - ikke bare eldreomsorg) med fortsatt vekst av antall tjenestemottakere og store utfordringer. I den politiske debatten gis det uttrykk for at det store behovet for arbeidskraft innen dette fagområdet kan dekkes via arbeidsledige/overflødige i andre sektorer uten videre. NOUen setter ingen begrensninger for å realisere dette i eldreomsorgen ved å ansette ufaglærte i sykehjemmene og hjemme-tjenesten. Profesjonene har til i dag, ved en off. godkjenning, innehatt en forutsigbar kompetanse som har kvalitetssikret tjenesteutøvelsen.

Utviklingen i dag sett fra et kommunalt ståsted, er at spesialisthelsetjenesten legger vekt på kortere liggetid for pasientene og at disse overføres til kommunale helsetjenester. Sykehjemmene er i ferd med å bli b-sykehus med store faglige utfordringer der kravet til kompetanse er stadig økende. Undersøkelser viser at landsgjennomsnittet i sykehjemmene er 30% ufaglærte. Kommunal økonomi er stram og ufaglært arbeidskraft er som kjent billigere enn faglærte. En ser også stadig oftere at alvorlig syke og omsorgstrengende yngre pasienter ønsker å motta hjelp i eget hjem. Kommunens store utfordringer med økt krav til kompetanse kombinert med stramme økonomiske rammer uten forskrifter om krav til kompetanse kan medføre store forskjeller på kvalitet og en ytterligere svekkelse av kompetanse i helsetjenestene.

### Ad §1-4 nr. 3:

Det heter i nevnte bestemmelse at tjenestetilbudet skal bygge på medvirkning fra tjenestemottakeren og samtykke eller annet gyldig rettsgrunnlag. Samtykket skal være basert på en korrekt og mest mulig fullstendig informasjon om hvordan tjenestemottakers behov vurderes, og de virkemidler man vil ta i bruk.

Loven forstås ved dette at kommunene vil få en særskilt plikt til å informere om tjenestetilbudets innhold og hvordan dette vil influere på mottakerens behov. Kravet til kommunene om utarbeidelse av tjenestebeskrivelse foreligger allerede i dag, men det synes å bli en stor utfordring for kommunene at de skal være i stand til å gi prognoser om effekt av det enkelte tiltak og effekt av en samlet individuell plan både ut fra kvalitet og funksjonalitet. Samtykket kan trekkes tilbake, basert på at informasjonen kommunen har gitt, ikke er korrekt eller er ufullstendig. At denne informasjonen sees i sammenheng med vurdering av tjenestemottakers behov og effekten av tjenestetilbudet på forhånd, er en stor utfordring for saksbehandlere og innebærer i stor grad krav om faglige vurderinger og etablerte evalueringsrutiner. For små kommuner vil det være avgjørende at utviklingen av standard evalueringsrutiner utarbeides og gjøres tilgjengelig.

At det nå foreslås utdypende regler for samtykke knyttet til yting av sosiale tjenester er svært positivt. Dette har det ikke tidligere vært, unntatt for tvang. Dette er svært velkommen. Videre finner vi det positivt at der skyves noe på vektingen av synspunkter når det gjelder tjenester ovenfor personer som ikke er i stand til å vurdere tjenestene selv. Man vil på denne måten bli bedre i stand til å opprettholde et tilfredsstillende faglig nivå der man opplever at nærmeste pårørende har en liten faglig vinkling på sine synspunkter om tjenesten. Dette er heldigvis en sjelden problemstilling. Dog opptar den mye energi, og stjeler mye oppmerksomhet når den oppstår.

#### Ad § 1-5:

I dagens sosialtjenestelov § 6-3 er det allerede en bestemmelse om at hvis barnet er fylt 16 år er det tilstrekkelig med barnets samtykke ved innleggelse i institusjon. Sosialtjenesten har i særlige tilfeller også behandlet søknader om sosialhjelp fra barn under 18 år. En harmonisering med helsetjenesten vil være bra, men her vil vi kanskje se at det fra barnevernets side vil bli forsøkt å definere 16 åringer som ikke behøver samtykke inn i sosialtjenesten hvis det ikke er tydelig et det er barnevernsloven som skal gjelde. I Kristiansand kommune er det utarbeidet særlige rutiner som omhandler barn under 18 år, og som er i behov for tjenester etter sosialtjenesteloven. Dette er gjort for at tilbudet fra sosialtjenesten og barneverntjenesten skal fremstå som mest mulig helhetlig og koordinert.

#### Ad § 1- 6 pkt. 2:

Her brukes begrepet "faglig ansvarlig". Det bør presiseres hvem dette skal være på overordnet nivå

## **KAP 2 – Kommunens ansvar**

#### Ad § 2-4 nr. 1:

I lovforslagets § 2-4 nr.1 fremgår det at tjenestene skal være faglig forsvarlig når det gjelder innhold og omfang. Slik vi ser det er vi noe usikker på om dette burde vært utdypet nærmere i lovteksten, eller om det burde vært gjort mer generelt. Ved å begrense dette ved bruken av passussen "innhold og omfang" kan det være at fortolkningen kan bli innsnevret slik at selve utførelsen av tjenestene faller utenfor. Dette har åpenbart ikke vært meningen. Ved å rette et mer bredt anlagt krav om faglig forvarlighet i alle ledd ville dette evt. være løst mht både valg av tjenestetilbud, omfanget av den og utførelsesaspektet.

Lovutkastet legger vekt på kommunenes valgfrihet i forhold til å tilsette personer med spesiell fagbakgrunn. Dette er resonneret bak at "kommunelege" er tatt ut av teksten.

Tilsvarende er det med andre faggrupper. Det er vanskelig å se at motivet for dette kan være annet enn å åpne for mindre presise fagkrav enn tilfellet er nå. Det står riktignok i § 2 -4 at det kan utformes slike krav i forskrifter, men det er usikkert nå hvordan de kan bli. Det reduserte presisjonsnivå her vil derfor øke faren for en utvikling, basert på spriket mellom tilgjengelige ressurser og forventninger, der det gjøres faglige kompromisser for å yte ønsket tjeneste. Vi mener at en kommune (stor eller liten) har et klart behov for en tilsatt kommunelege. Det vil gjelde legens kompetanse for å støtte den administrative ledelsen i sektoren, legens kompetanse for å kunne tildele publikum korrekte tjenester, det gjelder viktigheten av å tilføre faglig tyngde til arbeidet med miljørettet helsevern (der vi ser at "de store utviklings-

prosesser" som veiutbygging, o.l, ofte har en tendens til å overkjøre helsehensynene), men kanskje er det aller lettest å se dette behovet når en leser nesten nederst til hø. på s. 18, om at kommunene skal "sammen med sykehuset" avgjøre om en pasient er utskrivningsklar, (dette er en gledelig formulering forresten), kommunen trenger en lege som kan "stå opp imot" eller "matche" det råkjøret helseforetaket ofte legger opp til. I tillegg trengs legen i situasjoner der en skal bruke Psykiatrilovens bestemmelser om tvangsinnleggelse etc.

### **KAP 3 – Rett til sosial- og helsetjenester**

#### Ad § 3-1, pkt. 1:

Den som oppholder seg i kommunen har "...ut fra en individuell vurdering av sine behov, krav...herunder...": Rett til legehjelp (pkt. f). Skal dette forståes slik at alle som ønsker å gå til lege, først må fremme sitt behov for en "fordelingsenhet"? Det er i så fall svært betenkelig, og gir dobbelt arbeid. (Kanskje er dette ikke omtalt spesielt, fordi forskriftene om fastlegeordningen gir folk direkte tilgang til sin fastlege, og at det vurderes til å være underforstått)

#### Ad § 3 - 1 , pkt 2:

Omsorgslønn blir nevnt som et tiltak for å lette omsorgsbyrden. Dette bør omformuleres, til å handle om en økonomisk kompensasjon for utførelse av særlig tyngende omsorgsarbeid. Lønn i seg selv er ikke et middel til å lette selve omsorgsbyrden, da må det settes inn andre tiltak som avlastning eller andre kommunale tjenester. Det kan ikke settes likhetstegn mellom avlastning og omsorgslønn som tiltak for å lette omsorgsbyrden.

#### Ad § 3-2:

I nåværende sosialtjenestelov § 5-3 er det et klart utgangspunkt at "stønaden helt eller delvis faller bort dersom vilkåret ikke oppfylles". I forslaget legges til opp til at det kun er snakk om en reduksjon og ikke stansing. For oss vil det være et sterkt virkemiddel og kunne stanse stønaden i en periode i tillegg til at vi kan redusere stønaden. Vilkår om stans i ytelser finnes også i aetat og trygdeloven der vilkårene ikke er oppfylt.

#### Ad § 3-6:

Individuell plan - viktige momenter:

- Rettighet for bruker
- Plikt for kommunen
- Plassering av hovedansvar /plikt til å medvirke for andre instanser
- Hvem har nytte av individuell planer

Kristiansand kommune støtter alternativt forslag foreslått av utvalgsmedlem Gullestad.

Individuell plan må utformes som en rettighet for tjenestemottaker, ikke som en selvstendig plikt for kommunen. Det vil være viktig å innarbeide aspekter der brukermedvirkingen ift. til utarbeiding av individuell plan blir forsterket. Individuell plan skal være et verktøy i samhandling omkring pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester. Viktig å sortere ut den brukergruppen der det er formålstjenlig med bruk av individuell plan. Ansvar for å utarbeide individuell plan ikke er tilstrekkelig klart etter regelverket slik det i dag er utformet. Når både kommunen og helseforetaket har en selvstendig plikt til å sørge for at det utarbeides individuell plan til en pasient, fører dette gjerne til at ingen tar ansvar, man venter og ser om den annen part starter opp arbeidet. Det kan derfor være grunn til å vurdere om ansvaret for individuell plan bør forankres entydig på kommunalt nivå. Det er i kommunen pasienten bor og mottar størsteparten av de tjenester som det er behov for å koordinere og samordne. Slik arbeidet er organisert innenfor dagens spesialisthelsetjeneste, er det i liten grad lagt til rette for at personell innen denne tjenesten skal kunne ivareta koordinatorkfunksjonen på en tilfredsstillende måte. Kommunen har også mye bedre oversikt over og nærhet til de ulike lokale tjenestetilbud og rammebetingelser enn det institusjonene i spesialisthelsetjenesten kan forutettes å ha.

Spesialisthelsetjenesten må uansett ha plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan. Men også for helsepersonell i offentlig tjeneste vil en slik presisering i loven understreke

betydningen av arbeidet med individuell plan. Det er ikke tatt inn bestemmelser om deltakelse i individuell plan i det regelverk som regulerer virksomheten til trygdeetat, barnevern, Aetat, skole (herunder PPT) og barnehage. I noen tilfeller er det imidlertid hensiktsmessig å involvere disse instansene

i pasientens individuell plan. Da kan det være et problem å få disse til å prioritere arbeidet. Mange av de nevnte instanser har i sitt regelverk en generell plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere og sektorer, men de har altså ikke en eksplisitt plikt til å delta i individuell plan. Dette kan innebære en skranke i forhold til å få til det ønskede samarbeid med disse instanser.

Administrasjonssjefens overordnede instruksjonsmyndighet vil kunne ivareta det behovet man har for bistand fra den kommunale barneverntjenesten og fra barnehage og skolesektor. Også innenfor disse sektorene er det imidlertid private aktører som ikke automatisk hører under kommunens eller fylkeskommunens instruksjonsmyndighet. Det bør derfor vurderes om plikten til å delta i arbeidet med individuell plan også skal lovfestes i hjemmelsgrunnlaget for de tjenester som her er nevnt, både kommunale, private og statlige.

Planansvarlig tillegges etter vår oppfatning en rolle som tangerer mot den rollen saksbehandlerne har. Hos oss vil det IKKE være saksbehandler i bestillerenheten som er koordinator for planen, men en fra utførersiden. Det må derfor skilles mellom de oppgaver som hører til forvaltningsleddet og det som er naturlig å følges opp av utfører som er i jevnlig kontakt med bruker.

#### Ad § 3 – 8:

Samlet vedtak kan i teorien omhandle alt fra vedtak om kommunal barnehageplass, assistent i barnehagen, støttekontakt, avlastning, omsorgslønn osv. Dette er vedtak som i dag fattes av flere etater, og som etter vår mening det er for utfordrende å sammenfatte i ett samlet vedtak.

Ved å konsekvent benytte ordningen med individuell plan eller forpliktende samarbeidsavtale bør en være sikret den nødvendige koordineringen av tjenestetilbudet til den enkelte. Det vil etter vår mening bli feil og praktisk umulig å ha en hovedansvarlig saksbehandler som skal koordinere saksutredninger og vedtak fra flere etater. En har oss bekjent ingen saksbehandlere i dag som har kompetanse til å kunne ta ansvar for faglig vurdering av slike samlende vedtak. Etatene bør fatte vedtak som før, og henvise til disse i individuell plan.

Hver etat bør kunne endre sine vedtak, og informere ansvarsgruppe og lignende om dette.

### **KAP 4 – Saksbehandling ved vedtak om tildeling av tjenester**

#### Ad § 4 - 1, pkt 2:

Hvert enkelt vedtak bør begrunnes for seg, slik at en kan klage på det enkelte vedtak. Det vil ellers være umulig å saks- og klagebehandle dette. Et eksempel kan være der en familie med et funksjonshemmet barn i tillegg til barnehageplass, assistent osv har vedtak om hjemmesykepleie om morgen og kveld for stell av barnet. Da bør de ha et begrunnet vedtak på tjenesten hjemmesykepleie, og mulighet til klage på dette dersom de mener at det ikke er et forsvarlig og tilfredsstillende tilbud om nødvendig helsehjelp

#### Ad § 4-6:

Formelt sett så utvides fylkesmannens overprøvningskompetanse mht de sosiale tjenestene til å gjelde alle sider ved vedtaket. Også det faglige skjønn. Dette gjøres ved å ikke videreføre kravet om "åpenbart urimelig" fra dagens sosialtjenestelov. En slik overprøving av faglige synspunkter gjøres i praksis også i dag. Vi ser at fylkesmannen i flere saker drøfter det faglige innholdet uten å omgjøre det. I praksis sender de saken tilbake med forespørsel om ny behandling, hvor de ber oss ta opp faglige avgjørelser. Det fremgår også av nåværende lov. En endring vil for oss bety at fylkesmannen vil kunne gå sterkere inn på faglige vurderinger, noe som også vil kunne ha en økonomisk side. Vi kan risikere at det vil medføre

økte sosialhjelpsutgifter ved at det blir en formell rett til å overprøve det frie faglige skjønn fullt ut.

Det er satt en 4 uker frist for klagebehandling. I utgangspunktet ikke problematisk, men kan bli det for saker av mer komplisert art, men da handler det mest om at det er vanskelig å innhente tilstrekkelig dok. i løpet av fastsatt tid for klagebehandling. Forslaget innebærer økt fokus på å gjøre klagebehandlingen raskere. Det vil ikke være faglig forsvarlig å sende klager over uten at de er underlagt behandling fra oss

Forslag til ny lov gir mulighet for klage på vedtak til fylkesmannen. Innstillingen er delt, men i det store og hele gir begge forslag mulighet for klage på alle sider av et vedtak.

Det kompliserende her i forhold til helsepersonelloven og pasientrettighetsloven er at begge disse har helsetilsynet som sin klageinstans. I forhold til helsepersonelloven er i dagens system også en parallell tilsyn her siden dette er en autorisasjonslov. Vi anser heller ikke at den vil skape de store vanskeligheter i forhold til det nye forslaget.

Når det gjelder forholdet til pasientrettighetsloven vil en tjenestemottaker kunne klage det de mener er pliktbrudd inn for helsetilsynet, mens vedtaket klages inn for fylkesmannen. Dette er kompliserende både for kommunen som administrativ instans, og for tjenestemottaker som må kunne forholde seg til to klageinstanser i en sak. Kommunen ønsker en bredere harmonisering av klageadgang, der det er samme instans som behandler klage både etter ny forslag til lov og pasientrettighetsloven. Etter vårt syn vil dette gi klageinstansen større faglig kompetanse til å kunne behandle klagen, og det vil være lettere tilgjengelig for både kommune og tjenestemottaker.

## **KAP 9 - Taushetsplikt**

### Ad § 9-2 og § 9-3:

Endringene mht taushetsplikt er grunnleggende. Det er slik vi ser det riktig å gjøre grep her da det ofte kan oppleves som frustrerende for samarbeidende personell å forholde seg til forskjellig regelverk på dette området. Vi er mer usikre på hvordan det foreslåtte regelverket vil oppleves i praksis. Det understrekes i forslaget at det ikke er meningen å svekke brukernes rett til konfidensialitet. Dog må det antas at den foreslåtte endring vil oppleves som mer "liberal" for tjenesteyter, og at vurderinger om nødvendigheten av informasjonsutveksling vil kunne variere en del mellom de ulike faggrupper. På den annen side tror vi at dette etter hvert vil kunne utpensle en akseptabel praksis. Dessuten er vi av den oppfatning at det med dette regelverket vil være lettere å gi kvalitativt gode tilbud til brukerne, samt stimulere til ny satsning på tverrfaglighet. Tjenestemottaker vil uansett ha en reservasjonsrett, og det blir viktig å gjøre brukerne oppmerksom på dette, samt om mulige konsekvenser av å bruke den.

Det er behov for en lovgivning som omhandler informasjonsflyt i sosial- og helsetjenesten, det tvinger seg frem. Dagens teknologi er ikke til hinder for en slik lovgivning. Lovforslaget legger opp til: En person → en journal → mange mennesker som skal ha innsyn i denne journalen. Dette innebærer:

I forhold til taushetsplikten, § 9-2, nr. 2, vil ikke det være noe større problem, forutsatt at man har et godt IT system. Da kan taushetsplikt overholdes ved begrensinger i forhold til tilganger. Bestillerkontoret (i en bestiller-utførermodell for omsorg- og deler av sosialtjenesten) registrerer vedtak og saksbehandling i eget program, som utførerne har tilgang til. Her vil det antakeligvis ikke bli problemer. Pasientadministrative programmer kan begrenses i bruk knyttet til den enkeltes tilgang i programmet. Men utfordringen i dag ligger i at de forskjellige tjenestene har egne programmer. Skal dette bli funksjonelt for samhandling og muliggjøre samlede vedtak må det etableres en elektronisk journal som er tilgjengelig for alle tjenesteutøverne. Journalen har to funksjoner for oss; saksbehandlingsvedtak og rapportering og kommunikasjon mellom utfører og bestiller. Det må være journalføringsplikt for alle som arbeider etter denne loven.

Sannsynligvis vil det føre til store kostnadmessige konsekvenser. Forutsetninger som ville måtte være til stede er at det vil stille enorme krav til autorisasjonssystemet. Det stiller store krav til sikkerheten. Konsekvenser av å skulle innføre et nytt felles system vil være store økonomiske kostnader, i tillegg vil det kreve mye ressursbruk for å implementere dette i enhetene. Det kommer til å kreve omlegging av systemene, men kanskje også av hele organisasjonen.

For at dette lovforslaget skal kunne fungere tilfredsstillende er man avhengig av en ordentlig kravspesifikasjon fra sentralt hold. Det er nødvendig at det er tilstrekkelig spesifisert og konkretisert. Det er for mange en stor belastning å sette seg inn i stadig nye og mer kompliserte systemer. Derfor er de som skal bruke dette er avhengige av en viss forutsigbarhet og kontinuitet i de systemene de skal lære seg og bruke.

Det nye lovforslaget bryter ned helsepersonellovens eksklusive taushetspliktsbestemmelser, men gir større adgang til samarbeid enn tidligere. For at dette skal kunne fungere hensiktsmessig er man avhengig av et bedre og kanskje også annerledes informasjonslagrings-system enn tidligere. Men det vil føre til store kostnadmessige konsekvenser, både økonomisk og når det gjelder tidsbruk.

## **KAP 11 – Organisering av den kommunale sosial- og helsetjenester**

### Ad § 11-1 nr.3:

Vi har ellers lagt merke til at forslaget til lovtekst i § 11-1 nr. 3 innfører begrep som ikke tidligere har vært anvendt i forbindelse med denne type lovgivning. Det foreslås å gjøre den kommunen utpeker som faglig ansvarlig "selvstendig og personlig ansvarlig" for å påse at tjenestetilbudet som gis oppfyller lovens krav om forsvarlighet, samt at kommuneledelse, og evt tilsynsmyndigheter orienteres. Slik vi ser har lovutvalget her tilsynelatende gjort et bevisst valg mht ordvalg, uten at dette understøttes i særlig grad av forklaringer om hva man skal legge i begrepene. Dette burde vært gjort. Det fremstår som uklart hva begrepene inneholder av materielle regler

### *Administrative konsekvenser:*

Lovutkastet legger opp til en grundig individuell vurdering av den enkeltes behov for tjenester. Dette er en sterk ambisjon om rettferdig fordeling, innfrielse av rettskrav, og det skal basere seg på et vell av innkomne opplysninger. Det vil uvilkårlig øke tidsbruken for hver enkelt sak, og dermed "den byråkratiske delen" av de totale kostnader. Det er naivt å tro at dette er et overgangsfenomen. En må si høyt at denne deler av lovutkastet vil virke fordyrende på tjenesteytingen, og da holde dette opp mot den gevinst en åpenbart får i forhold til kvalitetforbedring. Den satsningen på videreutvikling av It-systemer som lovutkastet forutsetter vil åpenbart være meget omfattende og kreve store resurser. Kommunene har de siste år utarbeidet og gjennomført store organisatoriske endringer som følge av myndighetskrav. Dette lovutkastet vil trolig føre oss ut i nye endringsprosesser. Det er nødvendig å være noe advarende mot den økte tettheten i endringsprosessene, da vi er redd for en tretthet i organisasjonen som kan sette effektiviteten i fare. Dog er vi av den oppfatning at deler av lovutkastet kommer til rett tid og vil kunne gjennomføres på en forsvarlig måte.

Med hilsen



Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør



Tor Kydland  
juridisk spesialrådgiver