

SAKSPROTOKOLL

Utvalg: Fylkesrådet
Møtedato: 01.04.2005
Utvalgssak: 0060/05

Resultat:

Arkivsak: 04/04643-014
Tittel: **NOU 2004:18 HELHET OG PLAN I SOSIAL- OG
HELSETJENESTENE - HØRINGSUTTALELSE**

Behandling:

Innstillingen enstemmig vedtatt.

Vedtak:

NOU 2004:18 HELHET OG PLAN I SOSIAL- OG HELSETJENESTENE
Høringsuttalelse fra Troms fylkeskommune

NOU 2004:18 tar opp forholdet mellom Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven, og utvalget anbefaler en harmonisering av disse områdene ved at de to lovene slås sammen. Dette innebærer en formell omlegging av kommunehelsetjenesten, uten at dette betyr noen realitetsforskjell i forhold til det som gjelder i dag.

Fylkesrådet ser det som positivt at lovverket samordnes. en felles lov for de kommunale sosial- og helsetjenestene vil gi større grad av oversikt over regelverket både for kommunene som skal forvalte det og for mottakerne av tjenestene. Fylkesrådet håper en samordning av regelverket vil gjøre det enklere for kommunene å samordne tjenestene slik at det kan gis et mer helhetlig tilbud til befolkningen – en samordning av lovverket vil i realiteten innebære at regelverket tilpasses organiseringen av tjenestene slik man finner den i flere kommuner.

Fylkesrådet er glad for at utvalget er positivt til interkommunalt samarbeid. Kommunene må selv kunne utvikle et tjenestetilbud tilpasset befolkningens ønsker og kommunenes forutsetninger. Ansvaret for organiseringen av tjenestene må legges til kommunestyret.

Fylkesrådet viser til at Fylkesrådet for funksjonshemmede i Troms mener en samordning vil gjøre det enklere for tjenestemottaker å ha én ansvarlig å forholde seg til når det gjelder tjenestetilbud og rettigheter.

Fylkesrådet understreker at tilbud om sosial- og helsetjenester må være tilgjengelige og like for alle. Samtidig må hensynet til den enkelte tjenestemottaker legges til grunn for tjenesteytelsen. Den enkeltes behov for hjelp må settes i sentrum, slik at tjenestetilbudet kan tilpasses tjenestemottakers individuelle behov, ønsker, levesett og evner.

Medvirkning er et sentralt stikkord. For å sikre individuell oppfølging, er utarbeidelse av *individuell plan* et nyttig verktøy. Fylkesrådet er tilfreds med at utvalget foreslår at tjenestemottagerer med et langvarig og sammensatt behov skal ha rett til individuell plan.

Fylkesrådet er tilfreds med at det foreslås at det for tjenestemottakere med sammensatt behov, skal innføres krav om et samlet vedtak. Gjennom dette oppnås både helhet disponering av kommunens ressurser, samt at mottakerne bedre kan vurdere om de enkelte delene av tjenestetilbudet, samlet sett, tilfredsstillende behovet.

Den som ikke er tilfreds med et forvaltningsvedtak, har lovbestemt klageadgang. Det er i dag klageadgang etter ulike lover og til ulike klageinstanser. Fylkesrådet er positiv til at det utarbeides felles regler for behandling av klager.

Fylkesrådet vil peke på behovet for en god samordning mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for en rekke tjenestemottakere med sammensatt behov. Fylkesrådet mener at forpliktende avtaler mellom kommunene og helseforetakene kan være nyttige for å oppnå en slik samordning.

Fylkesrådet støtter utvalgets vurderinger når det gjelder informasjonsflyt, slik at det gjennomføres en vesentlig innskjerping av kravet om at all informasjonsutveksling skal være begrenset til det nødvendige ("need to know") for å ivareta personvernet.

Fylkesrådet konstaterer at en stor del av kommunenes ressurser er knyttet til sosial- og helsesektoren. Mange kommuner opplever at summen av statlige pålegg og forventninger er vanskelig å realisere innenfor kommunenes økonomiske rammer. Tilgang til tilstrekkelige ressurser er en **viktig forutsetning** for å kunne yte gode tjenester. Fylkesrådet understreker derfor nødvendigheten av også å styrke kommunenes økonomi slik at de bedre blir i stand til å utvikle tjenestetilbudet.

Utskrift sendt 01.04.05 til:
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

Fylkestinget - orienteringssak.

FYLKESRÅDSAK NR.: 60/05

Løpenr.: 005835/05

Saknr.: 04/04643-011

Ark.nr.: G00

Dato: 22.03.2005

Til: Fylkesrådet

Fra: Fylkesråden for kultur og helse

**NOU 2004:18 HELHET OG PLAN I SOSIAL- OG HELSETJENESTENE -
HØRINGSUTTALELSE**

Fylkesråden har gjennomgått NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.

Fylkesråden er positiv til en samordning av Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven, og mener dette vil være en hjelp for kommunene som allerede i dag forsøker å bygge opp helhetlige tilbud. Fylkesråden er positiv til forslag om krav om utarbeidelse av *individuell plan* for tjenestemottakere med et langvarig og sammensatt tjenestebehov, men understreker samtidig at kommunene ikke må pålegges å utarbeide individuelle planer for alle brukere av tjenestene.

Fylkesråden vil også peke på behovet for en bedre samordning av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Fylkesråden understreker nødvendigheten av også å styrke kommunenes økonomi slik at de bedre blir i stand til å utvikle tjenestetilbudet.

Innstilling:**NOU 2004:18 HELHET OG PLAN I SOSIAL- OG HELSETJENESTENE
Høringsuttalelse fra Troms fylkeskommune**

NOU 2004:18 tar opp forholdet mellom Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven, og utvalget anbefaler en harmonisering av disse områdene ved at de to lovene slås sammen. Dette innebærer en formell omlegging av kommunehelsetjenesten, uten at dette betyr noen realitetsforskjell i forhold til det som gjelder i dag.

Fylkesrådet ser det som positivt at lovverket samordnes. en felles lov for de kommunale sosial- og helsetjenestene vil gi større grad av oversikt over regelverket både for kommunene som skal forvalte det og for mottakerne av tjenestene. Fylkesrådet håper en samordning av regelverket vil gjøre det enklere for kommunene å samordne tjenestene slik at det kan gis et

mer helhetlig tilbud til befolkningen – en samordning av lovverket vil i realiteten innebære at regelverket tilpasses organiseringen av tjenestene slik man finner den i flere kommuner.

Fylkesrådet er glad for at utvalget er positivt til interkommunalt samarbeid. Kommunene må selv kunne utvikle et tjenestetilbud tilpasset befolkningens ønsker og kommunenes forutsetninger. Ansvar for organiseringen av tjenestene må legges til kommunestyret.

Fylkesrådet viser til at Fylkesrådet for funksjonshemmede i Troms mener en samordning vil gjøre det enklere for tjenestemottaker å ha én ansvarlig å forholde seg til når det gjelder tjenestetilbud og rettigheter.

Fylkesrådet understreker at tilbud om sosial- og helsetjenester må være tilgjengelige og like for alle. Samtidig må hensynet til den enkelte tjenestemottaker legges til grunn for tjenesteytelsen. Den enkeltes behov for hjelp må settes i sentrum, slik at tjenestetilbudet kan tilpasses tjenestemottakers individuelle behov, ønsker, levesett og evner. Medvirkning er et sentralt stikkord. For å sikre individuell oppfølging, er utarbeidelse av *individuell plan* et nyttig verktøy. Fylkesrådet er tilfreds med at utvalget foreslår at tjenestemottagerer med et langvarig og sammensatt behov skal ha rett til individuell plan.

Fylkesrådet er tilfreds med at det foreslås at det for tjenestemottakere med sammensatt behov, skal innføres krav om et samlet vedtak. Gjennom dette oppnås både helhet disponering av kommunens ressurser, samt at mottakerne bedre kan vurdere om de enkelte delene av tjenestetilbudet, samlet sett, tilfredsstillende behøver.

Den som ikke er tilfreds med et forvaltningsvedtak, har lovbestemt klageadgang. Det er i dag klageadgang etter ulike lover og til ulike klageinstanser. Fylkesrådet er positivt til at det utarbeides felles regler for behandling av klager.

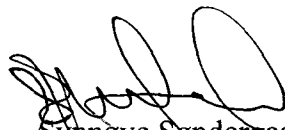
Fylkesrådet vil peke på behovet for en god samordning mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for en rekke tjenestemottakere med sammensatt behov. Fylkesrådet mener at forpliktende avtaler mellom kommunene og helseforetakene kan være nyttige for å oppnå en slik samordning.

Fylkesrådet støtter utvalgets vurderinger når det gjelder informasjonsflyt, slik at det gjennomføres en vesentlig innskjerping av kravet om at all informasjonsutveksling skal være begrenset til det nødvendige ("need to know") for å ivareta personvernet.

Fylkesrådet konstaterer at en stor del av kommunenes ressurser er knyttet til sosial- og helsesektoren. Mange kommuner opplever at summen av statlige pålegg og forventninger er vanskelig å realisere innenfor kommunenes økonomiske rammer. Tilgang til tilstrekkelige ressurser er en viktig forutsetning for å kunne yte gode tjenester. Fylkesrådet understreker derfor nødvendigheten av også å styrke kommunenes økonomi slik at de bedre blir i stand til å utvikle tjenestetilbudet.

Uttalelsen sendes Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
Uttalelsen sendes Fylkestinget til orientering.

Tromsø, 22. mars 2005



Synnøve Søndergaard
fylkesråd for kultur og helse

Trykte vedlegg: Innspill fra Fylkesrådet for funksjonshemmede.
Uttalelse fra Kontaktutvalget for fylkeseldrerådene i Helseregion 5
NOU 2004:18, kap 1 Utvalgets sammensetning, mandag og
arbeidsmåte og kap. 2 Sammendrag.

Utrykte vedlegg: NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial og helsetjenestene

Løpenr.: 003015/05
Saknr.: 04/04643-005
Ark.nr.: G00
Dato: 12.02.2005

Til:

Fylkesrådet v/Synnøve Søndergaard

Fra:

Fylkesrådet for funksjonshemmede

FYLKESRÅDET FOR FUNKSJONSHEMMEDE - INNSPILL TIL NOU 2004:18 - HELHET OG PLAN I SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

Fylkesrådet for funksjonshemmede behandlet ovennevnte sak i møte 25.01.05 og gir følgende innspill i saken:

"Fylkesrådet for funksjonshemmede ser det som positivt at lovverket samordnes. Det vil gjøre det enklere for tjenestemottaker å ha en ansvarlig å forholde seg til når det gjelder tjenestetilbud og rettigheter.

Imidlertid er det viktig at kommunene også gis ressurser til å følge opp loven. I dag opplever mange tjenestemottakere at forvaltningen/tolkningen av lov og regelverk er mangelfull. Kompetanseoppbygging i det kommunale tjenesteapparatet er viktig.

Individuell plan:

Fylkesrådet for funksjonshemmede mener krav til utarbeidelse av individuell plan må lovfestes. Dette vil føre til at man har noe konkret å forholde seg til og noe man kan stille krav utfra.

Taushetsplikt:

Fylkesrådet for funksjonshemmede mener taushetsplikten må ivaretas for å sikre tjenestemottakers privatliv. Taushetsplikten må imidlertid ikke kunne brukes som hinder for samarbeid og informasjonsutveksling mellom etater som er involvert i saken.

Klage:

Fylkesrådet for funksjonshemmede ser det som positivt at klagen nå skal oversendes Fylkesmannen innen 4 uker.

Fylkesrådet for funksjonshemmede vil for øvrig påpeke at det oppnevnte utvalget ikke har brukerrepresentanter."

Med vennlig hilsen

Line Åsen

Line Åsen e.f.
sekretær i fylkesrådet
for funksjonshemmede

TROMS FYLKESKOMMUNE

Stortinget
Regjeringen
Helse- og omsorgsdepartementet
Arbeids- og sosialdepartementet

Deres ref.	Saknr.	Telefaks	Dato
	04/04643-009	77 78 80 01	11.03.2005
Vår ref.	Arkiv	Tlf. dir.innvalg	Saksbehandler
005028/05	G00	77 78 80 53	Ann Tobiassen

Oppgis ved alle henv.

NOU 2004:18 - HELHET OG PLAN I SOSIAL- OG HELSETJENESTEN - SAMORDNING OG SAMHANDLING I KOMMUNALE SOSIAL- OG HELSTJENESTE

Fylkeseldrerådene i Norge har opprettet regionvise Kontaktutvalg for samarbeid i saker av felles interesse over fylkesgrensene. Kontaktutvalgene er sammensatt av lederne og nestlederne i fylkeseldrerådene.

Kontaktutvalget for fylkeseldrerådene i Helseregion 5 har tatt opp NOU 2004:18 i møte 24.02.05.

Kontaktutvalget sier seg glad for at meldingen er kommet, og støtter de mange gode forslagene. Ikke minst de som handler om bedre samordning mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenesten.

Vi ser at meldingen har bakgrunn bl.a. i endringer som handlingsplan for eldreomsorgen har medført, og at forslagene i stor grad angår de eldre.

Vi ser også at Stortinget ønsker å sikre brukerrettighetene gjennom arbeidet med planen. Derfor ønsker vi å kommentere at ingen av utvalgsmedlemmene står oppført som brukerrepresentanter.

Da vi ser brukermedvirking som vesentlig også under utarbeidelse av lover som angår brukere, eller tjenestemottakere, forventer vi at brukerne i framtiden kommer tidlig med i selve arbeidet med slike utredninger. For oss handler brukerrettigheter om deltakelse, medbestemmelse og medansvar også underveis i prosessen.

Fylkeseldrerådet i Troms støtter Kontaktutvalget uttalelse.

Med vennlig hilsen

Ann Tobiassen
sekretær for fylkeseldrerådet i Troms

Kopi: Fylkeskommunene i Nordland, Troms og Finnmark

Kapittel 1

Utvalgets sammensetning, mandat og arbeidsmåte

1.1 Oppnevning og sammensetning

Etter forslag fra Sosialdepartementet og Helsedepartementet ble et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. mars 2003 for å utrede og foreslå bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Utvalget fikk følgende sammensetning:

Professor Jan Fridthjof Bernt (leder), Juridisk fakultet, Universitetet i Bergen

Ass. direktør Geir Sverre Braut, Statens helse-tilsyn

Kommunelege Jan Helge Dale, Flora kommune
Sekretariatsleder Birgitte Gullestad, Byrådsavdeling for helse og omsorg, nå Sekretariatet for Erstatningsutvalget, Bergen kommune

Førsteamanuensis Marit Halvorsen, Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo

Førsteamanuensis Alice Kjellevoid, Høyskolen i Stavanger

Professor Kjell Erik Lommerud, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen

Opplæringsleder Odd Mandal, Kommunal Kompetanse

Fylkesmann Mona Røkke, Vestfold

Seniorrådgiver Valborg Ellen Sund, St. Olavs Hospital.

Konsulent Ottar Vist, Ressurssenter for omstilling i kommunene

Seniorrådgiver Sverre Engelschjøn og rådgiver Karl Olav Hovland har vært sekretærer for utvalget.

1.2 Regjeringens begrunnelse for oppnevningen av lovutvalget

Ved nedsettelsen av utvalget ble det i den kongelige resolusjonen uttalt om bakgrunnen for oppnevningen av utvalget og behovet for en harmonisering av regelverket for den kommunale sosial- og helsetjenesten:

**Bakgrunn*

Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen og opptrappingsplanen for psykisk helse skjer det for tiden en betydelig satsing på omsorgsboli-

ger som alternativ til tradisjonelle alders- og sykehjem. Endringene er fortsettelsen på en utvikling som startet på 80-tallet med sykehjemsreformen, og fortsatte på 90-tallet, bl.a. med ansvarsreformen for utviklingshemmede. Utviklingen medfører at det tradisjonelle skillet mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester og mellom helsetjenester og sosialtjenester ikke er like tydelige som tidligere. Dette gjenspeiler seg i måten kommunene organiserer tjenestene på. De fleste kommunene har integrert institusjons- og hjemmetjenestene i én organisatorisk enhet, som yter både sosialtjenester og helsetjenester.

Et annet utviklingstrekk er at tjenestene har blitt mer differensierte og individualiserte. I løpet av 1990-tallet har kommunene fått ansvaret for nye brukergrupper med andre behov; personer med fysisk funksjonshemming, utviklingshemming, psykiske lidelser eller rusproblemer. Disse brukerne har ofte behov for både helsetjenester og sosialtjenester, og et godt samspill mellom disse tjenestene er avgjørende for å kunne gi nødvendig hjelp.

Lovverket og finansierings- og brukerbeta-lingsordningene er utformet med utgangspunkt i den tradisjonelle tjenestestrukturen og kan derfor være lite tilpasset utviklingen på dette området. Skillene i det statlige regelverket mellom helsetjenester og sosialtjenester og mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester svekker muligheten for gode og hensiktsmessige løsninger i kommunene.

I tillegg til behovet for å samordne regelverket for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, er det behov for et bedre harmonisert lovverk for hele den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Behovet for bedre harmonisering av lovverket

De statlige virkemidlene bør etter departementets vurdering innrettes slik at den kommunale helse- og sosialsektoren ses under ett. Regelverket bør sikre helhetlige tjenester gjennom felles prioriteringer og mål for helse- og sosialtjenestene. Regelverket skal være enkelt å forstå for brukerne og enkelt å praktisere for kommunene. Dagens system med atskilte lovverk for helsetjenestene og sosialtjenestene gjør det

regler om rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Det forutsettes at utvalget ivaretar særskilte hensyn som gjør seg gjeldende innenfor disse innsatsområdene i sitt forslag til harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning.

Fire nye helselover trådte i kraft med virkning fra 1. januar 2001 (helsepersonelloven, psykisk helsevernloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven). Lovene regulerer helsetjenester i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, men samspillet mellom helsetjenester og sosialtjenester ble ikke avklart under utviklingen av de nye helselovene. I forhold til for eksempel pasientrettighetsloven medfører dette at de som mottar tjenester etter kommunehelsetjenesteloven, i enkelte tilfelle kan ha bedre utbygde rettigheter enn brukere som kun mottar tjenester etter sosialtjenesteloven, eller at brukeren har varierende rettigheter alt etter som hvilke tjenester hun eller han mottar. Utvalget må avklare forholdet til de nye helselovene, i særlig grad pasientrettighetsloven, i sitt forslag til harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning. Helsepersonelloven bør i utgangspunktet holdes utenfor utvalgets gjennomgang, fordi dette er en lov som er ment å ivareta autorisasjonsordningen for helsepersonell og andre spesielle hensyn i tilknytning til profesjonsutøvelsen.

I mange sammenhenger fremheves taushetsplikt som et hinder for nødvendig samarbeid til beste for brukerne. Personell som fatter vedtak og yter tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er underlagt forvaltningsmessig taushetsplikt. I tillegg er helsepersonell underlagt profesjonsbestemt taushetsplikt regulert i helsepersonelloven. Departementet legger til grunn at utvalget tar stilling til harmonisering av taushetspliktreglene i den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Utvalget bør se på helsepersonellovens taushetspliktregler for å vurdere om disse gir tilstrekkelig grunnlag for samarbeid mellom helse- og sosialpersonell under ytelse av sammensatte tjenester. I sine vurderinger skal utvalget blant annet også ta hensyn til personvernet og muligheten tjenestene har til å spørre brukeren om adgang til å utveksle opplysninger.

I sine vurderinger skal også utvalget ta hensyn til det samarbeid som skal skje mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å få til en mest mulig sammenhengende kjede av behandlingstiltak for pasientene. Det vises blant annet til at i henhold til lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3 skal helseperso-

nell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. I Ot. prp. nr. 66 (2000 – 2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetakloven) er kommunenes primærhelsetjeneste nevnt som en av de tjenestene som foretakene er avhengig av å ha gode samarbeidsrelasjoner med for å nå sine helsepolitiske målsettinger. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal også samarbeide tett med hensyn til utarbeidelsen av individuell plan. Det må derfor forutsettes at utvalget ikke kommer med forslag som svekker samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men forslag som kan bidra til å styrke dette samarbeidet.

Målet om et enklere regelverk bør være førende for utvalgets arbeid med spørsmålet om harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Hensynet til likebehandling og muligheten for et samordnet og helhetlig tjenestetilbud til den enkelte tjenestemottaker er grunnleggende for harmoniseringsspørsmålet. I tillegg tilsier hensynet til kommunenes selvstendighet og organisasjonsfrihet at det legges færrest mulig bindinger på kommunene. Forslag til regelverk bør derfor legges til grunn at kommunene som hovedregel skal stå fritt med hensyn til organisering av sine tjenester.”

1.3 Mandat

Utvalget fikk følgende mandat:

1. Utvalget skal utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.
2. Siktemålet med harmoniseringen er å:
 - sikre ensartet regulering av likeartede tjenester
 - sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov og bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre dette
 - hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer
 - forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner.
3. Utredningen må vurdere og ta standpunkt til om forslagene til harmonisering bør skje innenfor eksisterende lover eller i en ny felles lov for de kommunale helse- og sosialtjenester og utarbeide forslag til lovtekst.
4. Lovforslaget skal baseres på at:

dels konkurrerende ideologiske innfalsvinkler til de ulike problemene. Det er derfor nødvendig i størst mulig utstrekning å benytte nøytrale begreper som ikke låser forståelsen i en uheldig eller kontroversiell retning. Det er således lagt vekt på å benytte begreper og en regelutforming som verken trekker i retning av at pasienten eller brukeren (tjenestemottakeren) skal fremstå som kunde eller forbruker som skal ivareta sine interesser i et marked, eller som en person som passivt mottar behandlings- og omsorgstiltak.

Et annet problem er at begreper som brukes for å karakterisere tjenestene etter Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven, i mange sammenhenger kan fremstå som unødvendig kompliserte eller vidtfavnende, eller med uavklart avgrensning i forhold til hverandre. Tidvis benyttes "pleie- og omsorgstjenester", andre ganger "sosial- og helsetjenester", "hjemmetjenester" eller "institusjonstjenester". Begrepene er ofte ikke helt entydige, ligner hverandre språklig og/eller innholdsmessig, og vil kunne brukes om hverandre. I et harmoniseringsperspektiv er det viktig at begrepene ikke sementerer eller bidrar til en bestemt struktur på omsorgs- og behandlingstilbudet, men avspeiler og adresserer tjenestemottakerens behov for et samlet og koordinert tilbud. Med dette utgangspunktet har utvalget lagt til grunn følgende begrepsbruk i lovutkastet:

Sosial- og helsetjenester:

Tjenester, herunder økonomisk stønad og andre ytelser som gis etter utvalgets lovforslag, både tjenester som mottakere har rettskrav på, og ytelser som gis uten slik rettsplikt for kommunen. Disse tjenestene kan ha forebyggende, undersøkende, rådgivende, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og kan gis av kommunen eller etter avtale med denne.

Tjenestemottaker:

Den som tjenesten gis til eller tar sikte på å hjelpe, eller som søker om en tjeneste. Begrepet omfatter således personer fra det øyeblikk vedkommendes situasjon blir gjort til gjenstand for utredning eller formell saksbehandling. (Erstatter begrepene bruker, klient, pasient og tilsvarende som benyttes i Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven)

Nærmeste pårørende:

Den som tjenestemottaker oppgir som nærmeste pårørende. Dersom tjenestemottaker er ute av

stand til å oppgi nærmeste pårørende, legges til grunn at nærmeste pårørende er den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med ham eller henne, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: Ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med tjenestemottaker, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre som står ham eller henne nær. Det avgjørende kriterium er hvem som har den nærmeste og mest omfattende kontakt med tjenestemottaker. Den rangerte listen kommer bare til anvendelse der det ikke uten videre er klart hvem dette er.

Tjenesteyter:

Person, organ eller institusjon som yter tjenester eller treffer vedtak etter loven her, enten i kraft av tilsettingsforhold i kommunen, eller etter avtale med denne. Begrepet omfatter således også tjenester gitt av private i den grad de utøver funksjoner på grunnlag av avtale med kommunen.

I innstillingen har utvalget ellers lagt til grunn følgende forståelse av sentrale begreper:

Helsetjenester:

Med helsetjenester menes primært de tjenester som i dag omtales i Kommunehelsetjenestelovens § 1-3, herunder kommunale lege-, sykepleie-, fysioterapi-, og ergoterapitjenester. Begrepet brukes tidvis mer generelt, og svarer innholdsmessig til begrepet helsehjelp slik det er definert i Pasientrettighetsloven § 1-3 c). Med helsehjelp menes handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell. Se også Helsepersonelloven § 3 tredje avsnitt.

Sosialtjenester:

Med dette menes tjenester etter Sosialtjenesteloven, herunder økonomisk stønad.

Pleie- og omsorgstjenester:

Pleie- og omsorgstjenestene omfatter de tjenester som i dag er regulert i Sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a – e, og hjemmesykepleie, inklusive psykisk helsetjeneste, sykehjem eller boform med hel-døgn omsorg og pleie, samt rehabilitering i og utenfor institusjon, jf. i dag Kommunehelsetjenesteloven § 1-3.

Kapittel 2

Sammendrag – utvalgets anbefalinger

Utvalgets mandat er å utrede og foreslå tiltak for bedre harmonisering av de kommunale helse- og sosialtjenestene. Mandatet er således primært knyttet til de tjenestene som i dag er regulert i Kommunehelsetjenesteloven, Sosialtjenesteloven og forskrifter gitt med hjemmel i disse. Utvalgets mandat omfatter ikke organiseringen av andre tjenester med berøringsflate mot disse to saksområdene, verken kommunale tjenester som barnevern og grunnskole, eller statlige spesialisthelsetjenester. Men det ligger i mandatet at *samhandlingen* med andre tjenester skal utredes.

Begge disse lovene favner vidt og tjenestene har i betydelig grad berøringspunkter med hverandre og med andre kommunale og statlige tjenester. Lovene er primært *resultatorientert*. Etter Kommunehelsetjenesteloven skal kommunen sørge for at innbyggernes behov for nødvendige helsetjenester dekkes *på en forsvarlig måte*. På tilsvarende måte følger det av Sosialtjenesteloven at kommunen skal sørge for at behovet for nødvendige sosiale tjenester dekkes på en forsvarlig måte. Kommunens ansvar omfatter som hovedregel alle som oppholder seg i kommunen.

Utvalget har valgt å benytte begrepet tjenestemottaker som en felles betegnelse på den som tjenesten gis til eller tar sikte på å hjelpe, eller som søker om en tjeneste. Begrepet er ikke ment å være uttrykk for at vedkommende skal inneha en passiv funksjon, men avspeiler det sentrale poeng i relasjonen med kommunen – det ytes én eller flere tjenester til en person som mottar disse. "Tjenestemottaker" erstatter begreper som *bruker, klient, pasient* og så videre som i dag benyttes i sosial- og helsetjenesten.

Utredningens kapittel 3 er en kortfattet redegjørelse for gjeldende rettslig situasjon, med hovedfokus på forhold som etter utvalgets oppfatning er viktige i henhold til mandatet. En velfungerende kommunal sosial- og helsetjeneste er i stor grad avhengig av helhetlig tilnærming og tverrsektorielt samarbeid. Kommunen har ansvar for å sørge for tjenestene, uavhengig av kommuneøkonomien. Kommuneloven legger opp til et system med relativt stor frihet til å organisere tjenestene slik at de er best mulig tilpasset lokale forhold,

prioriteringer og behov. En hovedmålsetting med utformingen av lovverket om sosial- og helsetjenester i kommunene må være å legge til rette for en mest mulig rasjonell og samordnet organisering av tjenestene i den enkelte kommune. Tjenestene kan organiseres ved at kommunen selv driver virksomheten eller inngår avtale om slik drift med andre. Adgangen til å utøve forvaltningsmyndighet, herunder fatte enkeltvedtak om hvilke tjenester som skal gis den enkelte tjenestemottaker, kan imidlertid ikke delegeres til private rettssubjekter, og utvalget forutsetter at det ikke er aktuelt å foreta noen endring på dette punkt.

Kapittel 4 i utredningen omhandler det internasjonale perspektivet i sosial- og helselovgivningen. Et norsk regelverk eksisterer ikke upåvirket av internasjonale rammer og andre lands lovgivning. Folkerettslige forpliktelser forutsetter lojal oppfyllelse. Staten er ansvarlig for dette og skal sørge for praktisk gjennomføring, herunder i kommunene. Stortinget ga ved vedtagelsen av Menneskerettsloven i 1999 uttrykk for et ønske om å gjøre menneskerettighetene tydeligere i norsk rett. Norske myndigheter var også før denne tid forpliktet til å følge ratifiserte konvensjoner, men lovvedtaket innebar at Den europeiske menneskerettskonvensjonen, FN-konvensjonene om sivile og politiske rettigheter og økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter fikk en sterkere stilling. Etter lovendring 1. august 2003 fikk også Barnekonvensjonen en klarere og rettslig sett vesentlig sterkere stilling i norsk rett. Det foreligger også nordiske avtaler og et EU-regelverk som er av betydning i denne sammenheng. De internasjonale forpliktelsene forutsettes ivaretatt i utvalgets forslag til lovtekst.

Kapittel 5 går grundigere inn på harmoniseringsproblematikken. Et relativt stort antall personer mottar til samme tid tjenester som er hjemlet i både Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Det kan i praksis være vanskelig å samordne disse tjenestene på en måte som sikrer et helhetlig tilbud i samsvar med den enkeltes behov, gjør det tilstrekkelig enkelt for tjenestemottakeren å forholde seg til det tjenesteytende apparat, og samtidig organisere disse på en faglig og kostnadsmessig effektivt måte. Et grunnvilkår for å

middelproblem eller er døende. Tjenestene skal være faglig forsvarlige og utformes med utgangspunkt i den enkeltes individuelle behov, ikke på grunnlag av individuelle kategoriseringer som kjønn, etnisitet, funksjonsnedsetting og så videre.

Tjenestetilbudet begrenses av ressurstilgangen, både når det gjelder økonomi, personell og materiell. Tilstrekkelige ressurser er en viktig forutsetning for å kunne yte gode tjenester. Utvalget peker imidlertid på at også verdier, kultur og holdninger i sektoren, og måten denne er organisert på, i stor grad påvirker kvaliteten på arbeidet som blir utført. Tjenestemottakerne er i stor utstrekning personer i en livssituasjon som gjør det vanskelig for dem å ivareta sine interesser gjennom politiske prosesser, og vil i mange sammenhenger heller ikke ha forutsetninger for å vurdere kvalitene av det tilbud som gis. Krav om faglige minstandarder er derfor nødvendig for å sikre at det blir stilt til rådighet de ressurser som er nødvendig for å oppfylle faglige og etiske minstandarder.

Rettsregler gir, implisitt eller eksplisitt, uttrykk for hvilke verdier lovgiver legger vekt på og ønsker å fremme. Endrede eller nye regler kan påvirke adferden til kommunal administrasjon, både ved de verdi- eller holdningsmessige signaler de gir, og ved å legge forholdene bedre til rette for en faglig og etisk forsvarlig og samordnet vurdering av tjenestemottakerens behov og hvordan dette best kan avhjelpe. Den rettslige reguleringen kan i denne sammenheng bidra til å sikre at den som har behov for sosial- og helsetjenester, får tilgang til disse, at tjenestetilbudet er helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset, og at den enkelte får medvirke ved utforming og gjennomføring av tjenestene. Videre kan den rettslige reguleringen sikre forutberegnelighet og at personer med likeartede behov skal få et mest mulig likeverdig tilbud, samt bidra til å gjøre vurderingstema og beslutningsprosess mer oversiktlig for tjenesteyteren og beslutningstakere.

I utvalgets forslag til lovtekst kommer de sentrale verdiene til uttrykk ikke bare i formålsbestemmelsene, men også for eksempel i bestemmelsene om hvordan tjenestene skal ytes, og om rett til ytelse og taushetsplikt. Disse verdiene er fra utvalgets side ment å legge klare føringer for tolkingen av alle delene av utkastet.

Kapittel 7 omhandler avgjørelser, vedtak og klage. I den kommunale sosial- og helsetjenesten blir det fattet en stor mengde avgjørelser eller beslutninger. I dag gjelder det til dels ganske ulike regler for saksbehandling, overprøving og kontroll med slike avgjørelser. Dette er en alvorlig hindring mot harmonisering og samordning av det kommu-

nale tjenestetilbudet, og utvalget foreslår et felles regelsett for disse tjenestene, med utgangspunkt i Forvaltningslovens regler om avgjørelser som er bestemmende for enkeltpersoners rettigheter og plikter – enkeltvedtak.

De avgjørelsene som treffes av den kommunale sosial- og helsetjenesten, vil ofte være av svært stor betydning for tjenestemottakers velferd og livssituasjon. Det er derfor viktig at både regelverket og praktiseringen av dette avspeiler at vi her har å gjøre med viktige rettssikkerhetsspørsmål. Dette er et synspunkt som også må være styrende for utformingen av regler om rett til å få overprøvd avgjørelser som er tatt. Adgang til å klage på feil og mangler ved offentlig tjenesteyting er en viktig del av borgerens rettssikkerhet i en moderne velferdsstat. I dette ligger også en forutsetning om at det må være overprøvningsregler som inngir tillit og som håndheves effektivt. Dette gjelder både saksbehandlingsregler som skal sørge for at personer som henvender seg til sosial- og helsetjenesten får fastsatt om de har rettigheter, og det gjelder de materielle bestemmelsene som skal sørge for at rettigheten blir gjennomført.

I St. meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstjenestene punkt 5.2 går det frem at regjeringen ønsker å endre Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven slik at vedtak om plass i institusjon blir supplert med spesifiserte enkeltvedtak der det tjenestetilbudet tjenestemottakeren skal få blir konkretisert. I Innst. S. nr. 163 (2003 - 2004) om bedre kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten gir stortingskomiteen uttrykk for å støtte forslaget om at det skal fattes enkeltvedtak om de enkelte elementer i tjenesten ved tildelegning av plass i sykehjem.

Utvalget forstår det slik at tjenestemottakers rettigheter ikke behøver forankres i flere spesifiserte enkeltvedtak om enkeltelementer i tjenestetilbudet. En slik oppdeling av beslutningsprosessen og en eventuell overprøving av det vedtak som treffes, vil passe dårlig hvis målet er å legge forholdene til rette for en mest mulig samlet og enhetlig vurdering av tjenestemottakers behov. Utkastets fokus er i tråd med dette rettet mot helhetlige, individuelt tilpassede og faglig forsvarlige løsninger, uten at dette uten videre knyttes opp til formelle vedtak om bestemte typer tjenestetilbud eller høy spesifiseringsgrad i selve vedtaket (se kapittel 8). I denne forbindelse skal også bemerkes at oppfyllelsen av krav om mer spesifiserte enkeltvedtak fort vil kunne få preg av vage og standardiserte tilbud fra kommunen, uten grunnlag i individuell faglig vurdering. Utvalget er således av den oppfatning at en mer utpenslet spesifisering av tjenestetilbudet i

nom individuelle, differensierte og helhetlige løsninger. For å sikre et fleksibelt og samordnet tjenestetilbud for tjenestemottakerne, foreslås det at de rettslige skillene mellom tjenester i og utenfor institusjon fjernes helt.

Forslaget inneholder også en bestemmelse om adgangen for kommunen til å stille vilkår for at ytelser skal gis. Bestemmelsen innebærer en sammenfatning og klargjøring av gjeldende rett når det gjelder adgang til å stille vilkår overfor tjenestemottaker som mottar sosial- eller helsetjenester, men innebærer i tillegg en tydeliggjøring av at bruk av dette virkemidlet først er aktuelt når mottakeren ikke på frivillig grunnlag er villig til å gjøre det nødvendige for å opprettholde, gjenopprette eller styrke sin forsørgelses- eller funksjonsevne.

Kapittel 9 har overskriften "Kartlegging, medvirkning, dokumentasjon, samtykke og informasjon". Hensynet til tjenestemottakerens autonomi og integritet har stått sentralt i den senere tids utvikling innen sosial- og helsesektoren. Dette er ikke bare en grunnleggende etisk verdi. I økende grad er det erkjent at et tillitsfullt samarbeid mellom sosial- og helsetjenesten og tjenestemottakeren er avgjørende viktig for å oppnå gode resultater.

Kartlegging, medvirkning, samtykke og informasjon er fire viktige elementer som er nært knyttet til hverandre og til målsettingen om å ivareta tjenestemottakerens autonomi og integritet, og således begrense asymmetrien i forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Kartlegging er en forutsetning for å kunne vurdere om, og eventuelt hvilke, tjenester som skal ytes. Medvirkning er et viktig element i kartleggingen, og informasjon er en forutsetning for å kunne medvirke. Retten til medvirkning og retten til informasjon er videre nært knyttet til samtykke som forutsetning for tjenesteyting.

For å kunne yte forsvarlig sosial- og helsehjelp og dokumentere hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete handlinger, er det en forutsetning at opplysningene nedtegnes. Dokumentasjon er også en forutsetning for effektiv kommunikasjon mellom dem som har medansvar for oppfølging av tjenestemottakeren på en faglig forsvarlig måte, og som grunnlag for kommunikasjon med tjenestemottaker. Dokumentasjonen har også en viktig funksjon ved internkontroll, tilsyn, ved eventuelle klage- og erstatningssaker, evaluering og endring av tjenestetilbudet.

Økt vektlegging av personlig integritet og likeverdighet er i første rekke uttrykk for grunnleggende etiske og menneskerettslige verdier. Et slikt

vern kan ikke baseres utelukkende på formell selvråderett. En ensidig fokusering på medvirkning og samtykke vil kunne utydeliggjøre det ansvar kommunen og den enkelte tjenesteyter har for å oppfylle sentrale faglige og etiske krav til tjenesten og omsorgen for den enkelte tjenestemottaker. Det er avgjørende at rettighetene til den relativt store gruppen med redusert kompetanse og evne til egenomsorg og til å ivareta sine rettigheter ivaretas på en tilfredsstillende måte. Et strengt krav om medvirkning og selvbestemmelse vil kunne fungere som ansvarsfraskrivelse for tjenesteyter og kommunen. Utvalget presiserer viktigheten av at faglige vurderinger skal foretas av kompetente fagpersoner, og ikke overlates til mottaker. Dette er ønskelig for å sikre forsvarlig ressursforvaltning. Det er ikke noen svekkelse av tjenestemottakers selvbestemmelsesrett, men et nødvendig supplement til denne for å hindre at noen av de mest hjelpetrengende ikke får det tilbudet de må ha. Utvalget foreslår i hovedsak å videreføre dagens regler om krav til medvirkning, samtykke og informasjon, men presiserer kommunens og tjenesteyters ansvar for faglig kvalitet og tilstrekkelig omfang på de tjenester som gis, slik dette i dag kommer til uttrykk i Pasientrettighetsloven.

Videre foreslås det å utvide kravene om journalføring og dokumentasjon som i dag er begrenset til helsepersonell, til også å gjelde sosialtjenestepersonell. Felles regelverk med hensyn til dokumentasjonsplikt er et nødvendig grunnlag for effektiv informasjonsutveksling mellom ulike yrkesgrupper med et ansvar for ulike elementer i det samlede tjenestetilbudet.

I kapittel 10 presenteres utvalgets forslag til regler om individuell plan. Individuell plan er ment som et redskap for å sikre at personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og er et viktig omdreiningspunkt for flere av utvalgets forslag.

Utvalget ser individuell plan som et viktig virkemiddel for å ivareta selvbestemmelse og innflytelse for tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov. Individuell plan skal bidra til at kontakten med tjenesteapparatet styrkes, at tjenestemottakeren sikres trygghet og forutsigbarhet, samt at tjenestene blir utformet ut fra den enkelte tjenestemottakers individuelle behov. I tillegg skal individuell plan også være et verktøy for samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer og mellom ulike etater og sektorer. Individuelle planer kan også være egnet til å avklare ansvarsforhold, samordning, koordinering og samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. Videre skal arbeidet med indivi-

Kapittel 12 omhandler taushetsplikt og personvern. Sensitiv informasjon om enkeltpersoners personlige forhold utgjør ofte et vesentlig element i beslutningsgrunnlaget for den kommunale sosial- og helsetjenesten. For å kunne utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte, må personellet ha tilgang til slike opplysninger. Men her må det finnes en forsvarlig balanse mellom legitime faglige hensyn og personvern hensyn. Tillit er grunnleggende for en velfungerende samhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Et effektivt taushetsvern for opplysninger om tjenestemottakers personlige forhold er en viktig forutsetning for et slikt tillitsforhold, og et prinsipp som står sentralt i tjenestene.

En frykt i befolkningen for uønsket informasjonsspredning fra sosial- og helsetjenestene vil kunne utgjøre et alvorlig problem for tilliten til disse tjenestene. Dersom tjenestemottakere unnlater å ta kontakt, holder tilbake eller oppgir feilaktig informasjon av frykt for at opplysninger skal komme på avveie, vil dette utgjøre en brist i tjenestenes formålsoppfyllelse. Tilbakeholdelse av opplysninger vil kunne medføre et mangelfullt og til dels feilaktig beslutningsgrunnlag, som igjen kan føre til uheldige følger for tjenestens innhold.

Det må derfor være en grunnleggende forutsetning at personell i de kommunale sosial- og helsetjenestene bare skal ha tilgang til opplysninger som er nødvendig for å utføre sine arbeidsoppgaver ("need to know-prinsippet"). Slik tilgang skal ha grunnlag i konkrete vurderinger av det faglige behovet. Vurderingen vil ofte innebære at den tilsattes opplysnings-tilgang skal være begrenset til enkelte tjenestemottakere, og heller ikke nødvendigvis omfatte alle tilgjengelige opplysninger om disse.

Taushetsplikten, slik den fremstår i dag, er til en viss grad knyttet til formelle skiller mellom institusjoner, etater og yrkesgrupper. Adgangen til å utveksle taushetspliktbelagt informasjon på tvers av profesjon og etat uten samtykke fra tjenestemottaker, er sterkt begrenset. Dette kan benevnes som et vertikaldelt informasjonsskille; de som er innen samme "søyle" i tjenestetilbudet, i kraft av sin profesjon eller etatstilknytning, har adgang til å utveksle informasjon knyttet til tjenestemottakere de er med på gi tjenester til. "Horisontalt samarbeid" - på tvers av profesjon og etat - som er hensiktsmessig, ønskelig og i tjenestemottakerens interesse, vil derimot i flere sammenhenger være umulig eller vanskelig på grunn av taushetspliktbestemmelsenes utforming. I dag avhjelpes disse problemene i praksis ved å innhente tjenestemottakerens samtykke til at informasjon utveksles; en metode som imidlertid ikke er mulig eller hensiktsmessig å benytte i alle situasjoner. Utvalgets

forslag innebærer en vridning av dagens system, som i større grad gjør det mulig å følge tjenestemottakeren på tvers av de tradisjonelle kommunale skiller. Dette kan benevnes som en endring fra vertikal til større grad av horisontal informasjonsflyt, kombinert med en innskjerping av "need to know-prinsippet" i alle sammenhenger.

Dagens vertikale (fag/etat/personell) begrensning i informasjonsflyten er en praktisk tilnæringsmåte ved bruk av papirbaserte løsninger samt eldre og lite funksjonelle IT-systemer. Begrensningen i form av at opplysningene må være nødvendige for å gi forsvarlig helsehjelp og nødvendig for å fremme avgiverorganets oppgaver jf. Helsepersonelloven § 25 og Sosialtjenesteloven § 8-8, skaper imidlertid problemer i situasjoner hvor den etats- eller profesjonsbestemte avgrensningen av hvem det kan gis informasjon til, kommer i konflikt med behovet for å utforme et helhetlig tjenestetilbud på et best mulig kunnskapsgrunnlag. Samtidig viser det seg at denne avgrensningen også lett fører til at det andre - og mer grunnleggende vilkåret for formidling av informasjon om tjenestemottaker til andre - kravet om nødvendighet - ikke sjelden blir underkommunisert eller nedprioritert ved utformingen av informasjonssystemene.

Utvalget ser det som en grunnleggende forutsetning for en overgang mot horisontal informasjonsutveksling knyttet til tjenestemottakeren, mellom ulike etater og profesjoner, at dette ikke medfører en svekkelse av taushetsvernet som helhet. Dette tilsier for det første at det må utformes et felles sett regler for alle tjenestemottakere som forvalter eller mottar informasjon under loven her, og for det andre at kravet om at all informasjonsutveksling skal være begrenset til det nødvendige ("need to know") innskjerpes ikke bare overfor den enkelte tjenesteyter, men særlig overfor dem som er ansvarlig for utforming og kontroll av informasjonssystemene i kommunen. Moderne informasjonsteknologi gjør det mulig, på et detaljert nivå, å begrense den enkelte saksbehandlers tilgang til taushetspliktbelagt informasjon, og å registrere hvem som til enhver tid har fått eller til tatt seg adgang til ulike typer opplysninger. Et integrert informasjonssystem for kommunens sosial- og helsetjenester vil dermed kunne gi et mer treffsikkert og klarere avgrenset system for informasjonsbruk enn tradisjonelle etatsvise arkivsystemer. En horisontal løsning knyttet til den enkelte tjenestemottakers helhetlige behov, ikke organisasjonsform, medfører en vridning i informasjonsutvekslingen. Den totale informasjonsmengden den enkelte får tilgang til skal på denne måten ikke øke.