

Helse- og omsorgsdepartementet

Saksnr.: 200405135	Dok.nr.: 144
Arkivkode: 520	Journ.dato 07.04.05
Avd.: KTA - STE	Saksbeh.: KOH
U.off.:	

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

 Sosial- og helsedirektoratet

Deres ref: 200405135-/KOH
Saksbehandler: BMO/IKF
Vår ref: 04/6268
Arkivkode:
Dato: 5 .04.2005

Høringsnotat til utkast til lov om sosial- og helsetjenester i kommunene**NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene**

Hovedkonklusjon	1
Hovedsynspunkter	2
Merknader til de enkelte kapitler	6
Til kapittel 1 Lovens formål og rekkevidde. Definisjoner	6
Til kapittel 2 Kommunens ansvar	8
Til kapittel 3. Rett til sosial- og helsetjenester	12
Til kapittel 4. Saksbehandling ved vedtak om tildeling av tjenester	15
Til kapittel 5. Bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning	16
Til kapittel 6. Tvangsmessig innleggelse og tilbakehold i institusjon for rusmiddelbrukere	16
Til kapittel 7. Saksbehandling for fylkesnemnda for sosiale saker	17
Til kapittel 8. Journaler	17
Til kapittel 9. Taushetsplikt	17
Til kapittel 10. Miljørettet helsevern	20
Til kapittel 11. Organiseringen av den kommunale sosial- og helsetjeneste 20	
Til kapittel 12 Tilsyn. Varslingsplikt	22
Særlig om Styrking av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser	22

HOVEDKONKLUSJON

Etter en helse- og sosialfaglig vurdering mener vi at det foreliggende lovforslag har gode intensjoner og bygger på et godt verdisett. Lovforslaget er spesielt fokusert på og ivaretar personer med behov for sammensatte og helhetlige tjenester over lang tid.

Lovforslaget har imidlertid svakheter i forhold til å ivareta det befolkningsrettede helsefremmende og forebyggende arbeidet i sosial- og helsetjenestene. Man risikerer en dramatisk svekkelse av folkehelsearbeidet.

Når det gjelder forutsigbarhet, omfang, bredde og kvalitet på tjenestetilbudet kommunene er forpliktet til å yte, så henvises det til utarbeiding av forskrifter. Sosial- og helsedirektoratet mener dette i sterkere grad bør ivaretas i lovtekst.

Sosial- og helsedirektoratet

Sosial- og helsedirektoratet mener det foreliggende forslag ikke vil forenkle dagens regelverk, og at utvalgets modell 2 burde utredes nærmere. Spesielt er det nødvendig å se på forholdet til annen tilgrensende lovgivning som helseregisterloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven.

HOVEDSYNSPUNKTER

Sosial- og helsedirektoratet slutter seg til utvalgets intensjoner om en lovgivning som er lett å forstå for tjenestemottakere og enkel å praktisere for tjenesteytere, og som legger til rette for et samordnet og forsvarlig tilbud av sosial- og helsetjenester.

Direktoratet kan ikke se at intensjonene blir godt nok ivaretatt i lovforslaget. Vi mener at konsekvensene av det foreslåtte utkastet ikke er tilstrekkelig utredet, herunder at forholdet til annen tilgrensende lovgivning bør utredes nærmere, før en eventuelt går videre med en felles lov om sosial- og helsetjenester i kommunene.

I høringsbrevet bes det om at man i høringen ikke skal diskutere hvorvidt man ønsker en statlig sosialhjelp, da dette hører hjemme under høringen til NOU 2004:13. Sosial- og helsedirektoratet skal derfor ikke ta opp denne problematikken, men ønsker på generelt grunnlag å påpeke at det er problematisk at de to høringene ikke er bedre koordinert. Det hadde vært mer hensiktsmessig å koordinere arbeidet med utredningene slik at Berntutvalgets utredning ikke ble sendt på høring før etter at Stortinget hadde fattet sin beslutning. Da ville man hatt et sikrere grunnlag til å uttale seg om hva som blir viktige momenter i en fremtidig sosialtjeneste.

Sosial- og helsedirektoratet er enig i at det er behov for samordning av sosial- og helsetjenester. Behovet for samordning gjelder i første rekke overfor de som trenger flere sammensatte tjenester over lang tid, herunder de som mottar døgnkontinuerlig pleie og omsorg, både i og utenfor institusjon. Etter dagens lovregler skal det organiseres ved hjelp av individuell plan. Samtidig er det en kjensgjerning at de aller fleste i vårt samfunn i perioder av livet kun trenger enkelttjenester, som for eksempel helsestasjon, skolehelsetjeneste eller fysioterapitjeneste. For denne gruppen vil det ikke være samme behov for samordning av tjenester, og det vil være mindre egnet å bruke forvaltningslovens saksbehandlingsregler. Denne gruppen skal ikke tilbys og har ikke behov for individuell plan med de saksbehandlingsregler som følger - og bør følge med den.

Utvalget uttaler at det kan være uheldig med en detaljert og spesifisert opplisting av de ulike tjenesteformer; fordi det kan medføre et fragmentert, rigid og lite helhetlig kommunalt tjenestetilbud; at muligheten for interkommunale løsninger eller kjøp av tjenester kan komme i bakgrunnen; og fordi en slik opplisting kan medføre nedprioritering av viktige tilbud som av ulike grunner ikke ble vurdert da lovteksten ble utarbeidet, men som senere kan være viktigere enn de tilbud som nevnes i loven.

Direktoratet har forståelse for disse vurderingene. På den annen side kan en svært generell lovtekst medføre at kommunene blir mindre forpliktet til å opprettholde de ulike deltjenester som den kommunale helse- og sosialtjeneste i dag består av.

Mange av dagens lovbestemmelser som sikrer gode sosial- og helsetjenester i kommunene er strøket i det foreliggende utkastet og foreslås flyttet til forskrifter. Disse

er enda ikke skrevet. Det vil være helt nødvendig å behandle utkast til lov og utkast til forskrifter samtidig.

Folkehelsearbeidet og andre utsatte deltjenester trenger en tydelig forankring i lov for at arbeidet skal få tilstrekkelig tyngde og oppmerksomhet ute i kommunene. I lovutkastet legges det opp til at rettigheter og plikter kan gis i forskrift. Det ligger imidlertid ikke noen forpliktelse i lovutkastet til at slike forskrifter skal utarbeides. Lovutkastet signaliserer at kommunene bør få større frihet i forhold til hva innholdet i sosial- og helsetjenestene skal være. Det vil kunne bli vanskelig å stramme dette inn i forskrifter. En større grad av frihet for kommunene vil innebære utydelighet i hva kommunen faktisk skal tilby av tjenester til sine innbyggere. Kommunene vil stå friere til å organisere de tjenestene som de mener det er behov for, og svekke eller utelate andre deler av dagens tjenestetilbud. Hvis styringselementet svekkes, risikerer man at kommuneøkonomien i større grad vil være styrende. Det er en fare for at dette kan føre til en nedbygging av dagens tjenestenivå, spesielt i forhold til befolkningsrettet helsefremmende og forebyggende arbeid. For innbyggerne vil kommunens tjenestetilbud fremstå som mindre forutsigbart når det ikke er omtalt i lovteksten. Man må regne med at det på sikt vil utvikle seg større forskjeller i tjenestetilbudet fra kommune til kommune. Dette er uheldig. Direktoratet mener at de sentrale deltjenester og oppgaver som i dag framgår av kommunehelsetjenesteloven, bør videreføres i en ev ny lov.

Grensene for hva som må anses som hhv helsehjelp og sosialhjelp, viskes i stor grad ut ved det nye lovforslaget. Det vil langt på vei være opp til kommunene å avgjøre hva som er sosialtjenester og hva som er helsetjenester, med mindre det fastsettes i forskrift hva som tilhører hvert fagfelt. Dersom kommunene i større grad kan definere hva som anses som hhv. helse- og sosialtjenester, kan en stå i fare for at den grunnleggende helsefaglige kompetanse som i dag kjennetegner helsetjenester, blir svekket. Dette kan få utilsiktede uheldige virkninger. Generelt kan det føre til redusert fokus på helsemessige forhold i tjenesteutøvelsen, noe som særlig kan gå ut over utsatte sårbare grupper. I tillegg kan dette føre til svekket faglighet i sosial- og helsetjenestene. I Sosial- og helsedirektoratets "Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell" er det et mål å øke andelen av personell med helse- eller sosialfaglig utdanning i pleie- og omsorgstjenestene. Dersom styringselementene i forhold til kommunesektoren svekkes ved at krav til deltjenester bortfaller og grensen mellom sosial- og helsetjenester viskes ut, kan dette bety at man i økende grad bruker ufaglært personell av budsjettmessige hensyn. I seg selv er det også en fare for at man svekker mulighetene for å utvikle en faglig profil for tjenesten.

Etter vår vurdering bør primært den enkelte kommune selv vurdere på hvilken måte de best kan organisere de pålagte sosial- og helsetjenestene. Dette innebærer også å vurdere hvor mye og hva slags personell kommunene skal tilsette som middel til å oppfylle kravene og for at tjenestene skal være faglig forsvarlige. På den andre siden er det enkelte tjenester som peker seg ut som så sentrale at det kan være behov for å lovpålegge kommunene å tilsette nærmere bestemt personell for kunne tilby bestemte faglig forsvarlige tjenester. Dette gjelder særlig tjenester til eldre, kronisk syke og funksjonshemmete, barn og unge og personer med psykiske lidelser og grunnleggende helsefremmende og sykdomsforebyggende tjenester. For å oppnå at tjenestetilbudet til disse er av tilstrekkelig god kvalitet foreslår vi fortsatt å lovfeste at kommunen skal ha tilgang til den kompetanse følgende profesjoner innehar:

kommunelege, (hjemme)sykepleier, fysioterapeut, helsesøster, og jordmor. I tillegg bør det vurderes å lovfeste tilgang til kompetanse innenfor ergoterapi, psykiatrisk sykepleie, samt ernæringsfaglig, sosialfaglig og barnevernfaglig kompetanse. Sosial- og helsedirektoratet er opptatt av og arbeider med å stimulere til kompetanseheving og videreutdanning for disse profesjonene.

Vår erfaring er at helsefremmende og forebyggende oppgaver, samfunnsmedisin og folkehelsearbeid, lett blir tapere i en kommunal hverdag. Tilbudet styres ikke av etterspørsel på samme måte som for kurative tjenester. Direktoratet er svært bekymret for en svakere lovforankring av disse områdene, og vil anbefale at man vurderer en styrking av den lovmessige forankringen på folkehelseområdet i forhold til gjeldende rett.

Etter direktoratets vurdering er det positivt med en lovfesting av kravet til faglig forsvarlighet også i forhold til sosialtjenesten. Dersom en ønsker en kunnskapsbasert sosialtjeneste, må imidlertid dette også gjenspeiles i de krav som stilles til de ansatte i sosialfaglige stillinger. Først når sosionomene er autorisert og underlagt de samme pliktene som helsepersonell, kan en etter direktoratets vurdering oppnå en best mulig effekt av harmoniseringen.

Direktoratet er enig i at det er behov for samordning av saksbehandlingsregler for likeartede tjenester og for samordning av klagesaksbehandlingen innenfor dette feltet. Direktoratet er i hovedsak positiv til forslaget om et samlet vedtak mht sammensatte tjenester. Når det gjelder klageinstansens overprøvingsmyndighet, er direktoratet enig med flertallets i at fylkesmannens kompetanse som klageinstans bør være åpen slik det fremgår av flertallets forslag.

Sosial- og helsedirektoratet ser videre behovet for et lovverk som åpner for bedre informasjonsflyt mellom sosial- og helsetjenesten i kommunen. Etter vår oppfatning synes imidlertid ikke utvalget å ha drøftet i tilstrekkelig grad hvordan hensynet til personvernet skal ivaretas på en tilfredsstillende måte.

Når det gjelder bestemmelsene om miljørettet helsevern og helsemessig beredskap, bør det nøye vurderes om det er forsvarlig å ta bort kravet om obligatorisk medisinsk faglig rådgivning ved kommunelege uten å angi noe om hvordan medisinsk faglig rådgivning skal dekkes. Konsekvensene av dette er ikke godt nok utredet.

Etter direktoratets vurdering er det også hensiktsmessig at fylkesmannen kan gi pålegg om retting av forhold som er uheldige eller uforsvarlige innenfor sosial- og helsetjenestene. Det overordnende ansvaret ivaretas av Statens sosial- og helsetilsyn slik det er foreslått. Statens sosial- og helsetilsyn vil som klageinstans kunne gi føringer for fylkesmennene.

Utvalgets valg av modell for en bedre harmonisering av lovverket forutsetter etter direktoratets vurdering en nærmere drøftelse og utredning av de konsekvenser lovforslaget får i forhold til eksisterende helselovgivning.

Bernt-utvalget skisserer 3 alternative modeller for en bedre harmonisering av lovverket. Det første alternativet innebærer at en viderefører dagens system med to lover, men at en harmoniserer reglene som gjelder taushetsplikt, klage og tilsyn. Det

andre og mest fullstendige alternativet, går ut på å ha en felles lov for helse- og sosialtjenesten som omhandler hvilke tjenester kommunen skal være forpliktet til å yte, samt organiseringen av disse. Dette kombineres med en felles helse- og sosialpersonellov, eventuelt slik at helsepersonelloven endres til også å omfatte sosialpersonell. Tjenestemottakers rettigheter og krav reguleres særskilt, eventuelt ved at pasientrettighetsloven endres til å omfatte mottakere av sosiale ytelser. Det tredje alternativet som er valgt, erstatter dagens to lover med en felles harmonisert kommunal sosial- og helsetjenestelov.

Om alternativ 2 uttaler utvalget blant annet at det "avgjort [kan] være grunn til å utrede en slik vidtgående integrering og felles rettslig regulering av de to tjenestetypene". Direktoratet kan være enig i at en slik modell ville ha mye for seg. En ville kunne oppnå harmonisering samtidig som en ville unngå dobbeltbehandling av sentrale rettigheter og plikter. Det vises i denne forbindelse også til Lovstrukturutvalgets delutredning II, Bedre struktur i lovverket, der det nettopp tas til orde for en slik tredeling, "i alle fall som utgangspunkt". Ved utarbeidelsen av de nye helselovene i 1999 la en til grunn som hovedprinsipp at rettigheter og plikter ikke skulle gjentas i flere lover. Det forhold at grensen mellom hva som defineres som spesialisthelsetjeneste, og hva som defineres som primærhelsetjeneste er i endring, taler også for en tredeling mellom organisatoriske regler, rettigheter og profesjonsregler. Alternativt kunne en ha startet med en harmonisering etter modell 1 og deretter foretatt en bredere gjennomgang av lovverket etter modell 2. Dette ville også kunne gi mulighet for å trekke inn i vurderingen andre relevante utredninger om samordning av velferdstjenester, som Rattsøtvalgets og Wisløffutvalgets utredninger.

Utvalget har valgt det tredje alternativet og viser blant annet til at dette vil kunne gi tjenestemottakerne bedre oversikt og kunnskap om lovverket, slik at de enklere kan orientere seg om hva slags hjelp de har krav på. Den valgte modellen medfører imidlertid at helsehjelpsmottakers rettigheter og helsepersonells plikter i større grad enn tidligere reguleres i to regelsett, både i en felles sosial- og helsetjenestelov og i hhv. pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. For brukere av helsetjenester vil en slik dobbeltbehandling kunne bidra til at det blir vanskeligere å orientere seg i regelverket, nettopp i strid med intensjonene med lovforslaget.

Det kan også oppstå vanskelige spørsmål om hvilke regler som har forrang ved en eventuell motstrid mellom lovene, i den grad det ikke uttrykkelig er tatt stilling til spørsmålet, slik det er når det gjelder reglene om taushetsplikt. Når det gjelder samtykke, legges det opp til regler hvor det materielle innholdet ikke samsvarer med innholdet i pasientrettighetsloven. Dersom en går inn for samtykkereguleringene i lovforslaget, bør reglene i pasientrettighetsloven endres, slik også utvalget foreslår.

Uansett intensjoner om materiell likhet vil det forhold at det eksisterer parallelle lovbestemmelser, kunne medføre at det utvikler seg ulike "tolkningstradisjoner" innenfor de ulike tjenestenivåene. I sammenheng med dette vil vi også peke på at reglene om rettigheter og plikter innenfor helsetjenesten er utformet ut fra tjenestens faglige særpreg. Som eksempel kan nevnes reglene om informasjon etter pasientrettighetsloven og forsvarlighet etter helsepersonelloven. Utformingen av disse reglene er mer utfyllende i helselovgivningen i dag enn i lovforslaget. Kravet om forsvarlighet knytter seg dessuten til alt helsepersonell etter helsepersonelloven. Etter ordlyden i lovforslaget er kravet til forsvarlighet knyttet til tjenesten, kommunen og den

faglig ansvarlige for tjenestene. Slike ulikheter vanskeliggjør tilgjengeligheten til reglene.

Grensene for hva som må anses som hhv helsehjelp og sosialhjelp, viskes som nevnt i stor grad ut ved det nye lovforslaget. Det vil kunne føre til tvil om hvorvidt en tjenestemottaker etter lov om sosial- og helsetjenester er å anse som pasient og rettighetssubjekt etter pasientrettighetsloven. Også i forhold til helsepersonelloven vil det på grunn av dette kunne oppstå tolkningsspørsmål, f. eks. om hvem som er å anse som helsepersonell etter helsepersonelloven § 3 når pleie- og omsorgstjenestene ivaretas av ufaglærte eller av personer med ikke-helsefaglig bakgrunn. Som utvalget peker på gjelder jo dette en stor del av tjenesteutøverne innenfor pleie og omsorg. Dette vil kunne få betydning i forhold til de bestemmelser som gjelder helsepersonell generelt. I forhold til pasientskadeloven vil det også kunne oppstå spørsmål om hvorvidt skader voldt av kommunens sosial- og helsetjeneste gir rett til erstatning etter lovens bestemmelser.

Helseregisterloven regulerer behandling av helseopplysninger i helsetjenesten, jf helseregisterloven § 3. Opplysninger innen sosialtjenesten reguleres i hovedsak etter personopplysningslovens regler. En del opplysninger om sosialhjelpsmottakere kan anses som helseopplysninger etter helseregisterloven. Det vil ikke gjelde alle personopplysninger knyttet til alle sosialtjenestetiltak. For eksempel vil det være vanskelig å henføre opplysninger knyttet til økonomisk sosialhjelp som helseopplysninger under helseregisterloven. Det vil uansett være uhensiktsmessig om man viderefører dagens ordning med at helseregisterlovens formålsangivelse bare er knyttet til helsetjenesten og helseforvaltningen. Dersom det skal gis en felles lov for kommunale sosial- og helsetjenester, bør det legges opp til en utredning av et samordnet lovgrunnlag for sosial- og helseregistre. Dette vil gi et bedre utgangspunkt og et felles ståsted for kunnskapsforvaltning, administrasjon og planlegging, styring og kvalitetssikring av sosial- og helsetjenestene i kommunene. Lovforslaget bør ikke videreføres uten en prinsipiell drøftelse og en avklaring av forholdet til helseregisterloven.

En del av hovedsynspunktene ovenfor er belyst nærmere i forbindelse med våre kommentarer til de enkelte kapitler i lovforslaget.

MERKNADER TIL DE ENKELTE KAPITLER

Til kapittel 1 Lovens formål og rekkevidde. Definisjoner

Direktoratet slutter seg til de verdier som utvalget har lagt til grunn for sitt lovutkast, og at dette verdigrunnlaget er gjort tydeligere enn i eksisterende lover.

Begrepene "helsetjenester" og "tjenestemottakere"

Disse begrepene er i innstillingen (kapitel 1, side 11) beskrevet som rent individrettede (pasient og klient) og ikke samfunns- og befolkningsrettet. Helsetjenester som er samfunns- og befolkningsrettede blir derfor dårlig håndtert i innstillingen. Dette gjelder for eksempel helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, helsefaglig rådgivning til folk, kommunen og andre samfunnssektorer, sosial og helsemessig beredskap og kommunelegens deltagelse i lokal redningsentral.

Begrepet "faglig ansvarlig"

Bernt-utvalget skriver at: "Kommunen skal utpeke faglig ansvarlige for tjenestene etter loven her. Den enkelte faglig ansvarlige har et selvstendig og personlig ansvar for å påse at det tjenestetilbudet som gis oppfyller lovens krav om et faglig forsvarlighet, og for å melde fra til kommunens ledelse og om nødvendig til tilsynsmyndigheter om så ikke er tilfelle. De faglig ansvarlige for tjenestene skal medvirke til at hensyn til sosiale forhold, helse og miljø blir ivaretatt av andre deler av kommunalforvaltningen. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser, og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer. De faglig ansvarlige skal av eget tiltak rette henvendelse til offentlig organ som har ansvar for tiltak som kan ha skadelig innflytelse inn på sosiale, helsemessige eller miljømessige forhold i kommunen."

Videre skriver Bernt-utvalget at: "Den som er faglig ansvarlig for en deltjeneste, behøver ikke være tillagt selvstendig beslutnings- og budsjettansvar. Hun eller han har imidlertid et selvstendig ansvar for å påse at det tjenestetilbudet som gis oppfyller lovens krav om et faglig forsvarlig tilbud til borgerne, og for å melde fra til kommunens ledelse og om nødvendig." (kapitel 16, side 152) "Den faglig ansvarlige har ansvaret for å vurdere hvor smertegrensen ligger når det gjelder hvor langt man kan redusere ytelsene, og når man bare genererer nye og større problemer ved å skjære ytterligere ned på disse." (kapitel 16, side 134)

Når Bernt-utvalget foreslår å fjerne alle dagens lovreferanser til ulike grunnleggende sosial- og helsefag, som for eksempel lege, fysioterapi, helsesøster og jordmor, så er det i alle fall helt nødvendig å innføre begrepet "faglig ansvarlig", slik Bernt-utvalget gjør, som en ny fellesbetegnelse for alle nødvendige fagkompetanser og tjenester kommunen må ha for å kunne drive forsvarlig. Men det er i lovforslaget ingen garanti for at dette grepet vil ivareta det som er godt og nødvendig i dagens lovgivning, fordi forskriftene ikke foreligger.

Bernt-utvalget sier om den faglig ansvarlige, at "hvem det er, vil avhenge av tjenesteinstruks og tilsettingsforhold i vedkommende kommune" (kapitel 16, side 129), altså ikke av forskriftverket. SHdir mener at dette må i prinsippet kunne forskriftsfeste og at det bør gjøres omtrent på samme nivå som i dag. Det er ikke uten grunn av det har vært nødvendig for Stortinget å lovfeste et visst minimum av kompetanse og tjenester i kommunene, for eksempel kommunelege, fysioterapi, helsestasjons- og skolehelsetjeneste og jordmortjeneste.

Ad. §1-1 Lovens formål

Utformingen av denne paragrafen er språklig tung. Den peker både på formålet, og på hvordan det skal ivaretas i samme setning. Vi er usikre på formuleringen "*sosialt fellesskap og solidaritet i nærmiljøet*". Vi vil foreslå "*bidra til helsefremmende og inkluderende nærmiljø*".

Ad. §1-2 Hvilke personer loven gjelder for.

Direktoratet vil understreke at det må forventes at en ny lov med forskrifter skal bringe klarhet på et område der det i forhold til sosialtjenesten ikke alltid er klart hvem loven gjelder for og hvilke rettigheter den enkelte har etter loven, spesielt gjelder dette personer uten lovlig opphold.

Ad. forslaget § 1-3:

Denne paragrafen inneholder definisjoner på sosial- og helsetjenester, tjenestemottaker, nærmeste pårørende og tjenesteyter.

Når man snakker om det forebyggende og helsefremmende arbeidet og miljørettet helsevern er det innbyggerne i en kommune, enten alle eller grupper i befolkningen som er målgruppen for tjenesten. Man kan ikke snakke om tjenestemottakere i denne sammenheng. Her trenges en annen definisjon.

Det er også et tankekors at utvalget i sin omtale av begreper definerer rehabilitering inn under pleie- og omsorgstjenester. Dette er to atskilte tjenester i khl, og er tuftet på ulike faglige tilnæringsmåter (NOU 2004:18 s. 11).

Lovutkastets § 1-3 bokstav c) avviker fra pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b; verge og hjelpeverge dekkes ikke av utkastet. Etter direktoratets vurdering er dette uheldig, da avvik i sentrale definisjoner bør unngås når lovutkastet i stor utstrekning vil erstatte pasientrettighetslovens bestemmelser innenfor den kommunale helse- og sosialtjeneste.

Til kapittel 2 Kommunens ansvar

Ad. §2-1: Kommunens ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid:

Direktoratet mener det er behov for å sikre at kommunene faktisk arbeider med forebyggende arbeid både overfor befolkningen generelt, for utsatte grupper og ved behov, på individuell basis. Lovgivning på folkehelseområdet bør styrkes, ikke svekkes. Det er etter direktoratets mening svært viktig for å sikre at nasjonale satsinger faktisk blir realisert ute i kommunene.

Kommunens plikt til å drive befolkningsrettet helsefremmende og forebyggende arbeid gjennom dette lovutkastet blir etter vår mening svekket i forhold til dagens lovverk. Kommunen skal bare *søke å finne tiltak*. Videre skal (kommunen) *arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det*. I dette ligger det ikke et tydelig ansvar for at tjenestetilbudet faktisk blir etablert slik vi leser det. Rusfeltet fremheves spesielt. Andre viktige forebyggingsområder som for eksempel fysisk inaktivitet, overvektsproblematikk, forebygging av uønsket svangerskap og abort, psykososialt arbeid og fattigdomsbekjempelse, er ikke omtalt spesifikt i lovteksten.

Kommunene bør få sterk oppfordring om å utforme handlingsplaner på folkehelseområdet.

Ad. §2-2: Kommunens ansvar for sosial- og helsetjenester:

Refusjonsregelen i sotjl. §10-1, andre setning, resulterer i mange tvister som kommunene kan kreve at fylkesmannen skal avgjøre.

Direktoratet vil understreke at nye regler om hvem om skal betale dersom tjenester ytes av en annen kommune enn tjenestemottakerens hjemstedskommune, forutsettes å resultere i færre saker hvor kommuner ikke kan bli enige.

Sosial- og helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2005 fått i oppgave å "utforme et opplegg for gjennomgang av tvistesaker ved fylkesmannsembetene for å sikre større

rettsenhet i disse sakene." Direktoratet forventer at resultatet av dette arbeidet blir trukket inn i arbeidet med nytt regelverk på området.

Ad. §2-2 nr.2:

Etter forslaget er kommunens ansvar for tjenesten det samme uavhengig av om disse gis av kommunens egne tilsatte eller etter avtale med private tjenestetilbydere. Direktoratet vurderer at det er viktig at dette blir uttalt i loven. Det virker imidlertid som utvalget har sitt fokus på tilbydere av institusjonaliserte tjenester. Forholdet til privatpraktiserende helsepersonell som fysioterapeuter, jordmødre og psykologer er lite berørt. Tjenestemottakere har rettigheter til refusjoner etter folketrygdloven for behandlinger utført av nevnte tjenesteytere som har driftsavtale med kommunen.

Ad. §2-2 nr.3:

Etter utvalgets vurdering er det grunnleggende viktig at loven er nøytral i forhold til spørsmålet om tjenestene gis av private tjenesteytere eller av kommunen selv, og om den private tjenesteyter inngår i en plan for tjenestene, eller er brakt inn ved en konkret avtale, og at verken tjenestemottakers rettsstilling eller kommunens ansvar påvirkes av det valg som treffes her. Dette er en ny bestemmelse. Direktoratet er enig i at dette er viktig og vi støtter forslaget.

Ad. §2-3 Oppgaver som skal ivaretas av kommunen:

Pkt 1d

Den oppsøkende virksomheten som omtales i denne paragrafen er knyttet til misbruk av alkohol og andre rusmidler, jf. s. 131 der det vises til sosialtjenesteloven. Det kan ses ut som om oppsøkende virksomhet her foreslås som en lovfestet oppgave bare overfor personer med rusproblemer. Direktoratet vil peke på at oppsøkende virksomhet er en oppgave som er relevant også overfor andre målgrupper, ikke minst mennesker med psykiske lidelser.

Pkt 1e

Bokstav e innledningen - erstatter kommunehelsetjenesteloven, § 1-3
Deltjenester som helsestasjonsvirksomhet, helsetjenester i skoler osv. er tatt ut som overflødige. Den angir i stedet i generell form de tilsvarende sosial- og helsefaglige oppgavene. Dette er bekymringsfullt. Kommunene må ha et minimum av tjenestetilbud. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den eneste tjenesten som jobber generelt forebyggende i forhold til helsetjenester for barn og unge. Slike tjenester er det naturlig nok ikke alltid lett å prioritere i den enkelte kommune, selv om vi som nasjon er enige om at dette må alle kommuner tilby. Derfor er det viktig med en lovfesting av slike tjenester i alle kommuner. Tjenesten er et lavterskeltilbud, og det stilles krav til tilgjengelighet for alle grupperinger innenfor målgruppene. I Stortingsmelding 16, 2002-2003, Resept for et bedre Norge, er det lagt sterke føringer for videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten som et viktig tiltak for å fremme barn og unges helse. Gjennom kontakten med nær alle familier, barn og ungdom, sikrer tjenesten hele befolkningen tilbud om vaksiner, helseundersøkelser og informasjon om hvordan forebygge sykdom og skader, og støtte til mestring og positiv utvikling.

Aldershjem, "barnebolig/avlastningsbolig, sykehjem og bolig med heldøgns omsorgstjenester er foreslått tatt ut av loven. Etter lovutkastet er "slike boformer ingen

selvstendig rettslig kategori” Tjenestene skal være uavhengig av arena. Direktoratet mener at forslaget om arenanøytral omtale av pleie- og omsorg, jf § 2-3 og § 3-1 er en god løsning. Kommunene er svært ulike og det skjer store demografiske endringer over få år. Det skjer også endringer i oppgavefordeling mellom ulike deler av forvaltningen. Statlig styring med forsvarlighet i tjenestetilbudet bør derfor skje gjennom krav til saksbehandling, herunder enkeltvedtak, klage, forskrifter, retningslinjer, finansieringsordninger, tilsyn og stimuleringstiltak.

Pkt.1e iii og iv, jf § 3-1 c) og d):

Her skilles det mellom praktisk og personlig hjelp (iii) og pleie og omsorg (iv). Her innføres pleie- og omsorg som et nytt begrep i loven. I stjl brukes tjenester, omsorgstjenester og spesifikke deltjenester. Hva menes med pleie- og omsorg (iv) når praktisk og personlig hjelp ikke er en del av det? Menes det hjemmesykepleie og sykepleie og omsorgstjenester i institusjon?

Skillet mellom oppgavene nevnt i hhv iii og iv virker uklart. De som skal få praktisk og personlig hjelp (iii), er de som har behov p.g.a. sykdom m.v. Men de som skal tilbys pleie og omsorg (iv), skal få det fordi de ikke klarer seg selv. Disse avgrensningene er ikke lett å forstå. Det kan være personer som har behov for sykepleietjenester som kan klare mange ting selv, for eksempel være i stand til å bo i egen bolig (med eller uten offentlige tjenester). Mange av de som får praktisk bistand og personlig hjelp, er ikke i stand til å klare seg selv (f.eks. mennesker med stor utviklingshemning). Det kan stilles spørsmål ved hvorfor man må dele det opp slik.

Pkt.1e vi

Sosial- og helsedirektoratet er usikker på hvor godt egnet det nye lovforslaget er i forhold til den delen av sosialtjenestens mandat som dreier seg om inntektssikring og gjennomføring av arbeidslinjen. Spesielt vil dette gjelde i forhold til en eventuell felles førstelinje med sosialkontortjenesten og de statlige etatene. Det er tvilsomt om man kan lykkes både i å organisere sosialkontorene sammen med statsetatene i en felles førstelinje, og samtidig harmonisere regelverket med det øvrige kommunale tjenesteapparatet. Både blant de ansatte og blant brukerne av sosialkontortjenesten, er § 5-1 ytelses og § 5-2 ytelses godt innarbeidede begreper som har vært enkle å forholde seg til for ikke-jurister. For brukerne har det vært enkelt at paragrafene har vært plassert etter hverandre i loven på en logisk måte. Behovet for hjelp vurderes først i henhold til § 5-1, og hvis man ikke oppfyller vilkårene går man videre til § 5-2. Loven har i så måte vært pedagogisk bygd opp og enkel å forstå. Dette har vært viktig, da det blant sosialkontortjenestens brukere finnes flere som har mangelfulle norskkunnskaper, og andelen med lese- og skrivevansker antas også å være høyere enn ellers i befolkningen.

I det nye lovforslaget tas dagens § 5-2 ut. I stedet sier merknadene til loven at § 2-3 1.e vi, erstatter dagens § 5-2. Sosial- og helsedirektoratet opplever at det virker uryddig at skjønnsmessige sosialhjelpsytelser for å overvinne en vanskelig livssituasjon skal hjemles i samme paragrafen som er ment å regulere hvilke oppgaver som skal ivaretas av kommunen.

Det er derfor vanskelig å forstå at denne paragrafen skal erstatte dagens § 5-2, den fremstår mer som en generell opplisting av hvilke tilbud kommunen plikter å ha. Siden mange av bestemmelsene har sitt sidestykke i § 3-1 "Rett til sosial- og helsehjelp",

virker det forvirrende at bare enkelte av de tjenestene som nevnes skal hjemles i denne paragrafen.

Eksempelvis nevner § 2-3 1.e vi både stønad til livsopphold og stønad for å overvinne eller tilpasse seg en vanskelig livssituasjon. Mens stønad til livsopphold skal hjemles i egen paragraf, § 3-1 1. e, skal støtte i særlige tilfeller hjemles i § 2-3 1. e.

Sammenhengen mellom de to paragrafene som regulerer støtte til økonomiske ytelser bør være klarere, og det bør vurderes om ikke stønad for å overvinne eller tilpasse seg en vanskelig livssituasjon bør tydeliggjøres. I et brukerperspektiv har § 5-2 vært viktig, da brukerne har hatt mulighet til selv å lese ut av lovteksten at man kan ha mulighet til å få sosialhjelp, selv om kravene i § 5-1 ikke er oppfylt. Sosial- og helsedirektoratet vurderer at den nye lovteksten gjør det vanskeligere for klientene å orientere seg i lovverket om hvilke rettigheter de kan ha i forhold til økonomisk sosialhjelp.

Pkt. 1e viii:

"...særlig tilpasset bolig og tjenestetilbud i tilknytning til boligen". Vi forstår det slik at dette punktet omfatter både institusjonsorganisert botilbud (sykehjem, aldershjem, bokollektiv for rusmisbrukere (?) og barnebolig) og tilrettelagte boliger som omsorgsboliger og "trygdeboliger" m.v.. Direktoratet mener at det er en god løsning at loven er nøytral i forhold til arena for tjenestene. Brukernes behov og individuelt tilpassede tjenester skal være utgangspunkt for kommunens tilbud.

Støttekontaktordningen hjemlet i sosialtjenesteloven er ikke nevnt under oppregningen av oppgaver som skal ivaretas av kommunen. Ordningen har en viktig funksjon, og den er godt innarbeidet i forvaltningen og hos tjenestemottakere. Tjenesten kan være vanskelig å oppfylle på grunn av mangel på personell, men må ikke av den grunn avvikes. Direktoratet vil derfor foreslå at ordningen opprettholdes, eventuelt tas inn i forskrift etter nr.2.

Ad. §2-3 nr.2:

Etter denne bestemmelsen kan det gis forskrifter om krav til org. og innholdet av kommunale tjenestetilbudet etter bestemmelsen her, eks. kan støttekontakt tjeneste tas inn her.

Ad. § 2-4 Faglig forsvarlighet

Til § 2-4. 1

Utredningen påpeker at kravet om faglig forsvarlighet er lovfestet for alt helsepersonell. Det er positivt at utvalget ønsker å hjemle krav om faglig forsvarlighet i den nye loven, og at utvalget med det ønsker en tydeliggjøring av forsvarlighetskravet også i de sosiale tjenestene. Det er positivt at man foreslår å hjemle varslingsplikten, og at kommunens ansvar for å sørge for nødvendig opplæring av personell presiseres til å gjelde både etter- og videreutdanning. Kompetansenivået blant tjenesteutøverne vil være av stor betydning i sammenheng med kravet til forsvarlighet, og det nye lovverket stiller enda større krav til kompetanse. Personalet får en plikt til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like.

I utredningen legges det stor vekt på de kravene om faglig forsvarlighet som følger av Helsepersonelloven. Utvalget har vurdert tre alternative modeller for en bedre harmonisering av lovverket, og velger alternativ tre, det vil si å erstatte dagens to lover

med en felles harmonisert sosial- og helsetjenestelov. Utvalget har valgt å ikke utrede alternativ to, som innebærer en ny sosialpersonellov på linje med Helsepersonelloven, eventuelt å utvide helsepersonelloven til også å omfatte sosialpersonell.

Sosial- og helsedirektoratet mener dette er uheldig, med tanke på hvor stor vekt som legges på Helsepersonellovens bestemmelser. Dette blir problematisk så lenge sosialpersonell ikke omfattes av loven. Dersom man ønsker en kunnskapsbasert sosialtjeneste, må dette reflekteres i de krav som stilles til de ansatte i sosialfaglige stillinger. Det stilles i dag ingen formelle krav til den kompetanse ansatte sosialtjenesten skal inneha. Dette til tross for at sosialarbeiderne arbeider med svært vanskeligstilte og sårbare brukergrupper, hvor det bør stilles høye krav til faglig kompetanse. Med et harmonisert regelverk hvor den kommunale sosial- og helsetjenesten knyttes nærmere sammen, er det viktig og hensiktsmessig at de samme krav til faglig forsvarlighet stilles til alle faggruppene.

Det bør stilles samme lovfestede krav til faglig forsvarlighet i kommunens tjenesteutøvelse og rusbehandling som for helsehjelp, både mht forebygging, behandlingsform og behandlingsmetode, personale m.v.

Av de åtte helse- og sosialfaglige utdanningene på høgskolenivå som har innarbeidet praksis i studietiden, er det kun sosionomer og barnevernspedagoger som ikke omfattes av en autorisasjonsordning. Kvalitetsreformen av høyere utdanning medfører at kun de helse- og sosialfaglige utdanningene som fører fram til autorisasjon blir underlagt sentralt godkjente rammeplaner. Først når sosionomene er autorisert og underlagt de samme plikter som helsepersonell, kan man oppnå best mulig effekt av harmoniseringen. Det vises til "Utredning vedrørende en eventuell autorisasjonsordning for sosialpersonell", utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet i juni 2003.

Til § 2-4. 2

Denne bestemmelsen erstatter sosialtjenesteloven § 7-14 (Er ikke gitt forskrift) Rekkevidden av forskriftshjemmelen er utvidet til å omfatte kommunale sosial- og helsetjenester generelt, ikke bare "behandlings- og rehabiliteringstiltak" som i dag. Direktoratet er enig i at slike forskrifter vil være et nødvendig virkemiddel for å gi presise og forutsigbare styringssignaler om det nærmere innholdet av forsvarlighetskravet i nr.1.

Til kapittel 3. Rett til sosial- og helsetjenester

Etter utvalgets vurdering er "hjelp til selvhjelp" et grunnleggende prinsipp for tjenestetilbudet etter loven her. Grunnvilkåret for et rettslig krav på tjenester er at det er tale om "nødvendig hjelp".

Ad § 3-1

Etter § 3-1 nr.1 har den som oppholder seg i kommunen, ut fra en individuell vurdering av sine behov, krav på nødvendig hjelp ved sosiale og helsemessige problemer. Vilkårene for å få rett etter loven er etter utvalgets vurdering ikke endret. Direktoratet legger dette til grunn. Paragrafen er imidlertid ikke spesifikk på hvilke tjenester som skal tilbys.

I forhold til § 2-3 viii er det ikke en motsvarende rett under § 3-1.

Til § 3-1.2

Barn under 16 år har rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroller. I følge forskrift av 3. april 2003 nr 450 skal kommunen tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0 – 20 år. Det oppfattes som et skritt i feil retning å begrense tilbudet til opp til 16 år. Ungdomshelsestasjonene har økende pågang fra ungdom 16 – 20 år, med behov for hjelp til små og store helseproblemer. Disse vil i liten grad bruke fastlegen til de problemstillingene som tas opp i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Lovteksten bør gjennomgås i lys av forskrift nr 450 av 3. april 2003 om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Ordet helsekontroller er ikke dekkende for den helsefremmende og forebyggende tjenesten barn og unge og deres familier har behov for.

Ad § 3-2.

Paragrafen omfatter adgang til å stille vilkår for tildeling av sosial- og helsetjenester. I de generelle merknadene til denne paragrafen understrekes at en bør være tilbakeholden med å stille slike vilkår. Vi vil her peke på at i enkelte tilfeller vil det for tjenesteutøverne kunne være en langvarig og krevende oppgave bare å nå fram til tjenestemottaker. I tillegg må det etableres en relasjon og nødvendig motivasjon for behandling. I slike tilfelle bør vilkår bare kunne stilles etter langvarig arbeid for å skape en behandlingsrelasjon, og da primært i terapeutisk øyemed. Vi støtter presiseringen om at vilkår bare skal brukes der det ikke er mulig å komme frem til frivillig avtale.

Sosial- og helsedirektoratet vurderer videre at det er positivt at punkt 4 som regulerer konsekvensene av brudd på vilkår, er tatt inn i loven.

Det er også svært positivt at det er tatt inn i loven en presisering av at stønad eller annet tjenestetilbud aldri kan endres slik at det ikke er forsvarlig ut fra en faglig vurdering.

Ad. §3-3 nr.3 Stønad i form av varer, tjenester eller direkte betaling til kreditor:

Forslaget er endret i forhold til Sosialtjenesteloven § 5-4 der denne knytter vedtak om slik tildelingsform til formelle vilkår for stønad i medhold av lovens regler om dette. Endringen betyr en viss forenkling av den formelle vedtaksprosedyre, men innebærer etter utvalgets vurdering ingen oppmyking av lovens vilkår for å vedta en slik tildelingsform i situasjoner hvor tjenestemottaker ikke selv ønsker dette. Under en slik forutsetning, støtter direktoratet forslaget.

Ad. §3-4 nr.2 Refusjon av utbetalt stønad ved etterbetaling av andre ytelser.

Forslaget tilsvarer Sosialtjenesteloven § 5-9.

Direktoratet vil be om at det blir vurdert å endre bestemmelsen slik at den også gir hjemmel til å kreve refusjon i ytelser fra utenlandske trygdeordninger.

Ad §3-6 Individuell plan (IP)

Verktøyet individuell plan (IP) med detaljutforming løftes inn i lovteksten både som en plikt for kommunen og en rettighet for tjenestemottaker. Dette er et tema som i dag er forskriftsfestet. Med henvisning til alt annet som henvises til forskriftsnivå virker dette svært spesielt, også fordi en individuell plan i seg selv ikke gir noen rett til tjenester. Definisjon av hva som er faglig forsvarlig derimot, henvises til forskrift.

Sammenlignet med gjeldende rett er det uvanlig at det i lovs form detaljreguleres hvem, hva og hvordan utformingen av en individuell plan skal skje (angis mål med planen, angi prosessen, angi resultater med mer).

Nytt lovforslag om felles individuell plan er et skritt videre i arbeidet med å harmonisere sosial- og helse retten. I forhold til gjeldende IP-forskrift er utkastet en styrking av tjenestemottakers rettssikkerhet blant annet gjennom ytterligere vektlegging av brukermedvirkning og ved at det stilles krav om én planansvarlig.

Lovforslaget inneholder to forslag til utforming av individuell plan. Flertallets utkast § 3-6 nr 1 er utformet som en *lovpålagt plikt* for kommunen til å utarbeide en individuell plan og en rettighet for tjenestemottakeren, jfr § 3-6 nr 2. Flertallets forslag innebærer at kommunen har en selvstendig plikt til å utarbeide en individuell plan for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Mindretallets forslag er utformet som en rettighet for tjenestemottaker, men *ingen* lovpålagt oppgave for kommunen. Begrunnelsen er at individuell plan skal ha sin hovedverdi som et faglig verktøy og at det er tjenestemottakers behov og mål som må stå i fokus, og ikke kommunens plikt til å samarbeid.

Erfaringsmessig vil ha lovpålagte oppgaver være tiltak som kommunen prioriterer i stramme budsjett-tider. Ikke lovpålagte oppgaver blir ofte nedprioritert i vanskelige økonomiske tider. For å styrke viktigheten av individuell plan, og ansvarliggjøre kommunen, er det viktig at bestemmelsen i tillegg til at den utformes som en rettighet for brukeren også utformes som en *lovpålagt pliktmessig oppgave* for kommunen. At bestemmelsen er formulert som en *selvstendig plikt* for kommunen og en rett for tjenestemottakeren vil styrke betydningen av individuell plan som en rettighet.

Dette vil kreve økte ressurser til kommunene dersom det ikke skal gå på bekostning av tjenesteutøvelse. Det er fortsatt usikkert om bruk av individuell plan bidrar til å sikre utvikling av og tilgjengelighet til tjenester. For mange av de som kvalifiserer til å få individuell plan vil hjelp til å skaffe egen bolig og tilrettelagt arbeid være en nøkkel til økt livskvalitet. Dette er tjenester kommuner kan ha vanskeligheter med å tilby.

Pkt 3 i flertallets forslag § 3-6 inneholder en bestemmelse om at dersom det er behov for samordning med andre *kommunale* tilbud enn sosial- og helsetjenester, skal den som er ansvarlig for disse tilbudene delta ved utformingen av den individuelle planen. Forslaget avgrenser seg til å omfatte *andre kommunale* tilbud. Det vil kunne dreie seg om tjenester fra barnehage, skole, PPT-tjenesten og lignende som i utgangspunktet faller utenfor lovens virkeområde. Dette innebærer at tjenesteytere som iverksetter tiltak etter *annen* lovgivning, ikke har plikt til å utarbeide en individuell plan etter en felles sosial- og helselov.

Forslaget pålegger den som er ansvarlig for andre *kommunale* tilbud utenfor sosial- og helseområdet om å delta ved utformingen av den individuelle planen. I praksis vil det også være andre forvaltningsorganer for eksempel statlige, som yter tjenester og som det kan være aktuelt å involvere, for eksempel a-etat og trygdekontor. Direktoratet ser det som en bedre løsning at også andre organer forpliktes til et samarbeid for å nå målsettingen om én helhetlig plan. Vi foreslår derfor at ordet *kommunale* sløyfes under

pkt 3 i flertallets forslag til § 3-6. Ved å utelate *kommunale* vil plikten til å samordne få virkning for flere tjenester (også statlige som a-etat, ligningskontor). En slik endring vil harmonisere med målsettingen om et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Begge utkastene hhv § 3-6 pkt 4 og i § 3-6 pkt 3 inneholder forslag om at kommunen skal utpeke én planansvarlig som skal sørge for at tjenestemottakers behov og de tjenester som det vil være behov for, blir grundig utredet og sett i sammenheng.

Gjeldende forskrift om individuell plan for sosial- og helselovgivningen har i § 2 nr a en bestemmelse om at det skal være én tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Slik direktoratet forstår forslaget, vil planmottaker og hovedansvarlig ha samme funksjon og rolle etter dette lovutkastet, både i forhold til tjenestemottakeren og de andre involverte tjenesteyterne, selv om begrepsbruken er forskjellig.

Gjeldende felles forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven som trådte i kraft 01.01.05, har i § 6 en bestemmelse om at den delen av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en *selvstendig plikt* til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet. For at det skal bli enklere for tjenestemottaker å forholde seg til forvaltningen og ivareta egne interesser, er det viktig at tjenestemottaker vet at den delen av sosial- eller helsetjenesten som han henvender seg til, har en selvstendig plikt til at planarbeidet settes i gang. Direktoratet foreslår at dette også blir regulert i forslaget.

Til kapittel 4. Saksbehandling ved vedtak om tildeling av tjenester

I et harmoniseringsperspektiv mener utvalget det fremstår som uheldig at regelverket om saksbehandling og klage for i hovedsak likeartede tjenester innen den kommunale sosial- og helsetjenesten er så uensartede. I utvalgets vurdering er det understreket at en tilfredsstillende samordnet forvaltning av kommunale sosial- og helsetjenester forutsetter like saksbehandlingsregler, uavhengig av om dette er sosial- eller helsetjenester.

Utvalget er av den formening at spesifikasjon av tjenestetilbudet som skal gis, bør komme til uttrykk i et enkeltvedtak som konkretiserer det samlede tilbud, og i individuell plan om slik skal utarbeides. Utvalget foreslår en rett til samlet vedtak når tjenestemottakeren har behov for flere former for ytelser, jf. utkastet § 3-8. Det er presisert at kravet til faglig forsvarlighet må tydeliggjøres og tillegges større vekt.

Direktoratet forutsetter at selv om et samlet vedtak skal ligge til grunn, må det likevel være mulig å treffe vedtak om for eksempel økonomisk nødhjelp som tillegg til det samlede vedtaket.

Det er mange innbyggere som har behov for enkelte helsetjenester i kortere perioder. De foreslåtte saksbehandlingsregler er ikke godt tilpasset disse.

Det er positivt at klageinstansen ved klagebehandling kan foreta en helhetlig vurdering av tjenestemottakers situasjon og behov, med mulighet for å endre også andre sider av det samlede vedtaket enn det som er påklaget.

Direktoratet ser det også som positivt at det er foreslått krav til kommunens saksbehandlingstid i klagesaker, jf. utkastet § 4-6. Dette må anses som en fordel med tanke på den enkeltes rettssikkerhet. Det samme gjelder hvis klagen ikke er ferdigbehandlet senest fire uker etter at den er fremsatt.

Flertallet i utvalget har foreslått at fylkesmannen skal kunne prøve alle sider av vedtaket, herunder det frie skjønn, jf. utkastet § 4-6 nr. 4. Det skal imidlertid legges vekt på hensynet til det kommunale selvstyret. Mindretallet mener at fylkesmannens kompetanse skal begrenses til å kontrollere at avgjørelsen er innholdsmessig lovlig, herunder faglig forsvarlig og ikke uforholdsmessig belastende for tjenestemottaker, jf. § 4-6 nr. 5.

Direktoratet er enig med flertallet i utvalget i at det foreligger gode argumenter for at det skal være anledning til å prøve alle sider av vedtaket i tråd med det som ellers gjelder ved klagebehandling. Det understrekes at regelverket og praktiseringen av dette har stor betydning for tjenestemottakers livskvalitet, og at det har å gjøre med viktige rettssikkerhetsspørsmål. Klagesaksbehandlingen må ikke være avhengig av tjenestemottakers bosted.

Til kapittel 5. Bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning

Direktoratet konstaterer at bestemmelsene i det nye lovutkastet kap. 5 er identiske med sosialtjenesteloven kap. 4A, bortsett fra oppsett og enkelte mindre språklige eller formuleringsmessige endringer. Bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 4A-10 om dokumentasjonsplikt og journal ved slike tvangsmessige inngrep er imidlertid tatt ut av dette kapitlet som følge av forslaget i kapittel 8 om generelle regler om dette for *alle* kommunale tjenester etter loven.

Direktoratet har merket seg at kap. 5 opprettholder en egen bestemmelse om kravet til faglig og etisk forsvarlighet ved bruk av tvang og makt, selv om det gis en ny generell bestemmelse om faglig forsvarlighet i § 2-4. Direktoratet anser det som viktig at dette kravet presiseres når det gjelder bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning sett ut fra alvorlighetsgraden i disse lovbestemmelsene.

Til kapittel 6. Tvangsmessig innleggelse og tilbakehold i institusjon for rusmiddelbrukere

I forbindelse med direktoratets ansvar med oppfølging av Rusreformen, har Helse- og omsorgsdepartementet blant annet bedt direktoratet om å følge med bruken av inntak etter lov om sosiale tjenester §§6-2, 6-2a og 6-3 og gi eventuelle vurderinger og råd om dette.

Direktoratet vil avvente resultatet av dette arbeidet.

Til kapittel 7. Saksbehandling for fylkesnemnda for sosiale saker

Ingen merknader.

Til kapittel 8. Journaler

Ad § 8-1 og § 8-2.

Det er positivt at utvalget foreslår felles regler for journalplikt for sosial- og helsetjenesten med utgangspunkt i reglene for helsepersonells dokumentasjonsplikt. Det understrekes imidlertid at helsepersonells dokumentasjonsplikt ikke må begrenses som følge av det nye forslaget, men at dagens regler i helsepersonelloven må videreføres i sin helhet i den nye loven.

Det er uklart hvorvidt det åpnes for at kommunen kan ha felles journal for den enkelte tjenestemottaker som dekker både helse- og sosialtjenester. Lovutkastets § 8-2 nr. 1, sammenholdt med utvalgets uttalelser på side 87 i utredningen, taler for en slik løsning.

En felles sosial- og helsejournal for den enkelte tjenestemottakeren i kommunen vil innebære en omfattende sammenstilling av sensitive opplysninger.

Det er et prinsipielt spørsmål om myndighetene bør tillate en fullstendig sammenstilling av helse- og sosialopplysninger for en enkelt tjenestemottaker uten etter samtykke. Sosial- og helsedirektoratet forutsetter at brukerne i en ny lov får anledning reservere seg mot omfattende sammenstillinger av personopplysninger i tråd med lovutkastet.

Direktoratet savner en nærmere begrunnelse for hvorfor journalføringsplikten foreslås lagt til kommunen som sådan og ikke på det enkelte helse- eller sosialpersonell, jf § 8-2 nr.1. Dette bør i tilfelle utredes nærmere.

Direktoratet er også generelt i tvil om det er hensiktsmessig å pålegge helsepersonell i kommunehelsetjenesten journalplikt etter flere lovbestemmelser. De nærmere journalbestemmelsene for "den som yter helsehjelp" er lagt til helsepersonelloven §§ 39 flg.

Etter helsepersonelloven § 43 kan sletting av journalopplysninger skje på bestemte vilkår, herunder at opplysningene "åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp". I utkast til lov om sosial- og helsetjenester i kommunene § 8-5 nr 1 b) er vilkåret at opplysningene "åpenbart ikke er relevante i den sammenheng de er innhentet i". I merknadene sies at bestemmelsen tilsvarer helsepersonelloven § 43. Dersom dette er riktig, bør det begrunnes hvorfor det velges en annen ordlyd som kan skape tvil om innholdet i bestemmelsen.

Til kapittel 9. Taushetsplikt

Når man sammenstiller store mengder informasjon bør man ha rimelig grad av sikkerhet for at bruken av denne skjer i trygge former. Med så stor sammenstilling av sensitive opplysninger som lovutkastet legger opp til, bør det vurderes å gi nærmere regler om informasjonsutveksling.

Ad § 9-2

Utvalget går inn for at prinsippet om å bevare taushet om personlige forhold fortsatt skal stå sentralt i sosial- og helsetjenesten. På den annen side må ikke

taushetspliktreglene være et unødig hinder for et samarbeid mellom instanser hvor dette er i den enkelte tjenestemottakers interesse. Sosial- og helsedirektoratet slutter seg til dette. Sosial- og helsedirektoratet er positive til utvalgets forslag som vil gjøre det mulig å følge tjenestemottager på tvers av de tradisjonelle kommunale skiller. Dette vil lette samarbeidet i den kommunale tjenesteytelse.

I likhet med helsetjenesten mottar sosialtjenesten opplysninger om tjenestemottaker av sensitiv/belastende karakter. Det er derfor positivt at utvalget legger opp til en felles plattform for taushetsplikt for personell innen sosial- og helsetjenesten i kommunen. Dette er også et viktig bidrag for å oppnå en reell mulighet til effektiv samhandling mellom de ulike tjenestene i kommunen, og støtter opp om Sosial- og helsedirektoratets strategiplan for elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren, S@mspill 2007. Visjonen i S@mspill 2007 er nettopp et *helhetlig pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid* (Samspillplanen side 5). En av hovedsatsningsområdene i S@mspill 2007 er Kommuneprogrammet, hvor det i år er utpekt fem fyrtårnskommuner som i løpet av en toårsperiode skal utvikle prosjekter for bedre samhandling – både internt i kommunen og eksternt med spesialisthelsetjenesten. Flere av de kommunale prosjektene har allerede erfart at dagens regelverk med ulike taushetspliktregimer kan være til hinder for en effektiv samhandling mellom sosial- og helsetjenesten innad i kommunen. I Sosial- og helsedirektoratet er enig med utvalget i at en vridning av dagens system forutsetter en "vesentlig innskjerping av kravet om at all informasjonsutveksling skal være begrenset til det nødvendige".

Ad § 9-2 nr. 2 om beskyttelsessystemer mot innsyn. Formuleringen "trenger det ...i sin tjeneste" er vid og klar.

Unntak fra taushetsplikten

Utvalgets forslag innebærer for en stor del videreføring av gjeldende rett vedrørende adgangen til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger. Utvalgets forslag bygger hovedsakelig på helsepersonelloven og pasientrettighetsloven bestemmelser. Dette innebærer en vesentlig endring av reglene på sosialtjenestens område.

Ad § 9-3 bokstav i)

Bestemmelsen gir hjemmel for, uten hinder av taushetsplikten etter § 9-2, å gi opplysninger til kontroll- eller påtalemyndighet i forbindelse med anmeldelse av lovbrudd, når denne har "naturlig sammenheng med avgiverorganets oppgaver, og allmenne interesser tilsier at forholdet blir anmeldt." Bestemmelsen er en tilpasset versjon av forvaltningsloven § 13, første ledd nr. 6. Sosialtjenesteloven innskrenker forvaltningsloven § 13 nr. 6 ift adgangen til å anmelde/gi opplysninger om lovbrudd til kontrollmyndighet/påtalemyndigheten. Opplysninger kan bare gis i situasjoner hvor dette er nødvendig "for å fremme sosialforvaltningens oppgaver" eller "for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse". Begrensningen er begrunnet i den tillitssvikt som vil kunne oppstå mellom sosialforvaltning og klient dersom forvaltningsloven skulle gjelde fullt ut. Lovutkastet legger opp til en videre adgang uten at dette er nærmere drøftet eller begrunnet av utvalget. Sosial- og helsedirektoratet kan ikke se at det er anført grunner som tilsier at hensynet til tillitsforholdet mellom sosialforvaltningen og klient ikke skal vektlegges i samme grad som i dag. Forslaget er også en utvidelse i forhold til helsepersonelloven, uten at utvalget har drøftet dette nærmere. Dette er en svakhet og bør eventuelt utredes nærmere.

Ad § 9-6

Opplysninger til samarbeidende personell, bygger på prinsippene i helsepersonelloven § 25 og pasientrettighetsloven § 5-3. Utvalget viderefører ikke helsepersonellovens § 45 i sitt utkast, men uttaler at bestemmelsen dekkes opp av utkastets forslag til § 9-6. Helsepersonelloven § 45 dekker utlevering av taushetsbelagt journalinformasjon til andre som yter helsehjelp, og som nødvendigvis ikke faller inn under betegnelsen samarbeidende personell i helsepersonelloven § 25. Direktoratet mener at § 9-6 ikke fullt ut viderefører helsepersonelloven § 45, og foreslår at det i § 9-6 tydeliggjøres at utlevering av opplysninger til samarbeidende personell må nedtegnes i journalen.

Utkast til § 9-6 er ment å gjenspeile at de kommunale sosial- og helsetjenester i mange sammenhenger er likeartede og ofte har samme formål. Taushetsbelagte opplysninger kan etter denne bestemmelsen, dersom vedkommende ikke motsetter seg det, gis til "samarbeidende personell i kommunen" eller for å "gjennomføre individuell plan eller annet avtalemessig faglig samarbeid, på tvers av forvaltningsnivåene eller med private tjenesteytere, som han eller hun er kjent med". Dette åpner for omfattende utveksling av informasjon, og er videre enn etter helsepersonelloven § 45 som blant annet knytter tilgangen til "helsehjelp" og "helsepersonell".

Informasjonsutveksling skal etter lovutkastet være begrenset til hva som er nødvendig for samarbeidende personell å få vite for å kunne gjennomføre sine arbeidsoppgaver - "need to know". Avgiver skal foreta en konkret vurdering av hvilke opplysninger som er nødvendig å avgi, samt aktivt gjøre opplysningene tilgjengelig for samarbeidende personell. Enhver som mottar opplysninger iht bestemmelsen er pålagt taushetsplikt.

Sosialtjenesteloven § 8-8 innskrenker forvaltningsloven § 13b nr. 5 sin rekkevidde når det gjelder adgang til å gi opplysninger til andre forvaltningsorganer. Slik utlevering kan bare skje når det er nødvendig "for å fremme sosialforvaltningens oppgaver" eller "for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse". Begrensningen er begrunnet i den tillitssvikt som vil kunne oppstå mellom sosialforvaltning og klient dersom forvaltningsloven skulle gjelde fullt ut. Lovutkastet § 9-6 synes ikke å videreføre denne begrensningen. Det synes derfor å være lagt opp til en videre adgang til å gi opplysninger videre. Dette er ikke nærmere drøftet eller begrunnet av utvalget. Direktoratet mener dette bør nærmere utredes ved en eventuell videreføring av NOUen.

§ 9-6 synes begrenset til *levering av tjenester*. Direktoratet er enig i at det ikke er behov for at § 9-6 skal anvendes før vedtak er truffet om at tjenester skal tildeles en tjenestemottager. Vi legger imidlertid til grunn at § 9-6 slik den er utformet, omfatter planlegging og tilrettelegging av tjenesteytelse slik at bestemmelsen ikke bare gjelder på det tidspunktet tjenestene ytes. Utvalget uttaler i andre spalte på s. 86 at det ikke har sett behov for en samordning av regelverket ved kartleggingen av tjenestemottakers behov. Direktoratet antar at tilrettelegging av levering av tjenester vil være dekket av § 9-6.

Ad § 9-8

Bestemmelsen hindrer, til tross for tjenestemottagers samtykke, at opplysninger gis til bruk for arbeidsgiver i tilsettingssituasjoner, forsikringsforhold, kredittvurdering og

lignende. Kongen gis imidlertid en forskriftshjemmel uten føringer om innhold. Hvem skal ta stilling til hvilken informasjon som skal utleveres? Ettersom tjenestemottagers egen rett til å gi ut informasjon ikke begrenses, vil ikke "presset" på vedkommende forsvinne. Et krav i forsikringsavtaleloven (FAL) om relevans og nødvendighet kan være en alternativ regulering som skjermer pasienten mot å bli utsatt for press.

Til kapittel 10. Miljørettet helsevern

Målet med det nye forslaget er en mer helhetlig regulering av likartede tjenester. Miljørettede og befolkningsrettede tjenester er ikke likartet med klient- og pasientrettede tjenester. Miljørettet helsevern er egentlig mer likt helse, miljø og sikkerhet og miljøvern enn personrettede sosial- og helsetjenester.

Dagens kapittel 4a i khl er nærmest i sin helhet flyttet over i det nye lovforslaget og gjenfinnes som kapittel 10, men gjeldende delegasjonsordning som baserer seg på delegasjon til kommunelegen, er erstattet med delegasjon til den "faglig ansvarlige" for vedkommende tjeneste. Dagens regelverk sikrer at den faglig ansvarlige for vedtak innen miljørettet helsevern er medisinsk kompetent. I forslaget til nytt regelverk finnes ikke denne garantien. Dette er spesielt betenkelig når det gjelder hastesaker og det ikke er tid til på innhente medisinsk vurdering fra annet hold.

Lovforslaget gjeninnfører i § 10-3, 3. ledd begrepet "faglig ansvarlig". Dette forutsetter at det er kongruens mellom den faglig ansvarliges faglige kompetanse og det fagområdet vedkommende har et "selvstendig og personlig" faglig ansvar for. Det er vanskelig å se at en enkelt fagperson kan ha et "selvstendig og personlig" faglig ansvar foren tjeneste som er sammensatt av flere fag.

Dette er en uheldig konstruksjon og bør unngås. I dag har man kommet langt i forståelsen av at det er *kommunen* som har det overordnede ansvaret for alle tjenester som leveres av kommunen. Kommunen kan med fordel velge å utpeke fagpersoner som systemansvarlige innenfor enkeltområder. Dette i motsetning til det personlige ansvar som den enkelte helseansatte har i henhold til helsepersonellovens bestemmelser. Det frarådes å sette likhetstegn mellom systemansvar og et personlig faglig ansvar.

Dagens bestemmelser om miljørettet helsevern omfatter mer enn khl kapittel 4a. Det bør nøye vurderes om det er forsvarlig å ta bort kravet om obligatorisk medisinsk faglig rådgivning ved kommunelege i forhold til miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, jf. khl § 3-5, slik det nå legges opp til.

Det er tvilsomt om det er hensiktsmessig at det er *Fylkesmannen* som nå skal gi pålegg om å rette et forhold hvis en virksomhet etter loven drives på en måte som kan ha skadelige følger for tjenestemottaker eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig. Sosial- og helsedirektoratet mener at det fortsatt bør være Statens sosial- og helsetilsyn (dagens Statens helsetilsyn) som gir slike pålegg.

Til kapittel 11. Organiseringen av den kommunale sosial- og helsetjeneste

Etter direktoratets vurdering bør den enkelte kommune selv vurdere på hvilken måte de best kan organisere de pålagte sosial- og helsetjenestene. Dette innebærer også å

vurdere hvilket personell kommunen skal tilsette som middel til å oppfylle kravene og for at tjenestene skal være faglig forsvarlige. På den andre siden er det enkelte tjenester som peker seg ut som så sentrale at det kan være behov for å presisere/lovpålegge kommunene å tilsette eller inngå avtale med nærmere bestemt personell for kunne tilby faglig forsvarlige tjenester. Dette gjelder tjenester til eldre, kronisk syke og funksjonshemmete, barn og unge og personer med psykiske lidelser. For å oppnå at tjenestetilbudet til disse er av tilstrekkelig god kvalitet, foreslår vi å videreføre lovfesting av at kommunen skal ha tilgang til, gjennom ansettelse eller avtale, kommunelege, (hjemme)sykepleier, helsesøster, fysioterapeut, jordmor .I tillegg bør det vurderes om lovfesting skal utvides til å gjelde ergoterapeuter, psykiatriske sykepleiere, vernepleiere og sosionomer. Hvorvidt det i tillegg er behov for en lovfesting av tilgang til andre personellgrupper som for eksempel ernæringsfysiolog, må vurderes nærmere. Dette er viktig for å sikre god tilgjengelighet til tjenestemottakere med behov for helhetlig og koordinert habilitering og rehabilitering blant annet.

Ad § 11-1

Av forslaget § 11-1 ser man at Kongen i forskrift kan gi nærmere regler om pliktens innhold, herunder om faglige kvalifikasjoner for personell i særlige stillinger. Sosial- og helsedirektoratet ønsker ikke at dette skal formuleres slik når det gjelder den stillingen som direktoratet anser som en obligatorisk stilling, nemlig stillingen som tilsvarer dagens stilling som medisinsk faglig rådgivende lege (MFRL) og som er lagt til en kommunelegestilling.

I henhold til forslaget i § 11-1 nr. 1 har kommunen ansvar for å organisere tildeling og gjennomføring av tjenester slik at de gir et *lett tilgjengelig*, faglig forsvarlig og koordinert tilbud. Det er altså selve tjenestene som skal være tilgjengelige.

Vi savner en bestemmelse i lovforslaget om at alle sikres lik *tilgang* til tjenester, eller til å bli vurdert for tjenester. Det er viktig at for eksempel informasjon om tjenestene og den fysiske utformingen av lokalene hvor tjenestene gis er tilgjengelig for flest mulig, også funksjonshemmede.

Etter utkastet § 11-1 har kommunen ansvar for organisering, tildeling og gjennomføring av tjenestene slik at de gir et lett tilgjengelig, faglig forsvarlig og koordinert tilbud. Kommunen har ansvar for å organisere og legge til rette for at tjenesteytende personell kan oppfylle lovens krav.

Utkastet fokuserer mer på tjenestene og tjenestemottaker enn på personell som skal yte tjenestene. Det forutsettes at de oppgavene kommunen er pålagt blir løst på en forsvarlig måte og at tjenestene skal holde et faglig forsvarlig nivå.

Ad. §11-4 Voldgift:

Pkt 1 bestemmer at dersom kommuner som samarbeider om tjenester etter loven, ikke blir enige om rettigheter og plikter i forholdet, kan hver av dem kreve tvisten løst ved voldgift. Bestemmelsen er identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 6-4 slik denne lyder etter endringer ved lov nr.25, 2004.

Direktoratet legger til grunn at utvalget har vurdert at voldgift også kan være egnet til å løse "tvister" der kommuner ikke blir enige om utgiftsfordeling som nevnt i utvalgets forslag § 2-2 som regulerer kommunens ansvar for sosial- og helsetjenester.

Ad. §11-5 Samarbeid andre:

Kommunehelsetjenesteloven § 5-1 tredje avsnitt "oppstiller et system med betalingsplikt for kommuner som ikke har et tilbud til utskrivningsklare pasienter". Utvalget er imidlertid av den oppfatning at dette er en type bestemmelse som ikke bør videreføres i lovs form, men i eventuell forskrift". Forskriftshjemmel i § 11-5 nr.4. Kan gi forskrifter om samarbeid og utgiftsfordeling.

Dagens regelverk kan skape tvil med hensyn til hvem som er "kommunen". I arbeidet med nytt regelverk må dette vurderes. Eventuelt bør det vurderes om ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter skal evalueres.

Ad § 11-10

Utkastet § 11-10 viderefører lov om kommunehelsetjenesten § 1-1a om legefording til kommunene. For øvrig foreslås ikke en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 3-5, ansettelse av kommunelege som medisinsk faglig rådgiver for helsetjenesten eller § 1-3 om å pålegge kommunen å tilsette visse typer personell. Utvalget anser at det ikke lenger er behov for å pålegge kommunen å sørge for å ha visse grupper personell for å løse kommunens oppgaver innen sosial- og helsetjenesten. Det gis forskriftshjemmel for nærmere regler om faglige kvalifikasjoner for personell i særlige stillinger.

Til kapittel 12 Tilsyn. Varslingsplikt

Sosial- og helsedirektoratet slutter seg til det fremlagte forslaget. Det er hensiktsmessig at fylkesmannen kan gi pålegg om å rette forhold i tilknytning til sitt tilsyn dersom det finnes nødvendig. Kommunen kan påklage vedtaket om pålegg til Statens sosial- og helsetilsyn. Gjennom dette og at Statens sosial- og helsetilsynet av eget tiltak kan ta opp sak om tilsyn og pålegg, vil de overordnede faglige føringer for sanksjonsmuligheten sikres.

SÆRLIG OM STYRKING AV TJENESTETILBUDET TIL MENNESKER MED PSYKISKE

LIDELSER

Styrking av tilbudet så vel i kommunene som i spesialisthelsetjenesten til mennesker med psykiske lidelser er en høyt prioritert overordnet helse- og sosialpolitisk målsetting. Vi minner om at St.meld. nr 25 (1996-97) ("Psykiatrimeldingen") slo fast at når det gjaldt tjenestetilbudet til denne gruppen "- forekommer det brister i alle ledd". I Opptappingsplanen for psykisk helse heter det om mennesker med psykiske lidelser at "De er blant dem som har de dårligste levekårene og som mottar svakest tilbud fra tjenesteapparatet." (St.prp.nr.63 (1997-98), s.6).

Som kjent sluttet Stortinget seg enstemmig til disse dokumentene. I 1999 ble gjennomføringen av Opptappingsplanen påbegynt. Et sentralt ledd er statlige øremerkede tilskudd til psykisk helsearbeid i kommunene. Medregnet nivået i 1998 er nå de statlige bevilgningene til drift i kommunene kommet opp i nær 2 mrd. kroner. Ut fra vedtatte måltall vil en i 2008 komme opp i størrelsesorden 3 mrd kroner til dette formålet. Det psykiske helsearbeidet i kommunene er i ferd med å markeres som et nytt fagfelt, gjennom bevilgningen til dette formålet, ved at det nå er under utarbeiding en veileder for dette feltet, og at dokumentasjon bygges opp.

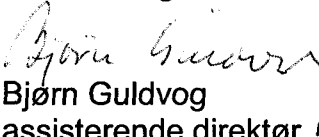
Det understrekes at psykisk helsearbeid ikke innebærer én bestemt organisering av dette tilbudet. Dette fagfeltet er tverrfaglig og tverrsektorielt. Feltet omfatter både lovfestede og ikke-lovfestede tjenester.

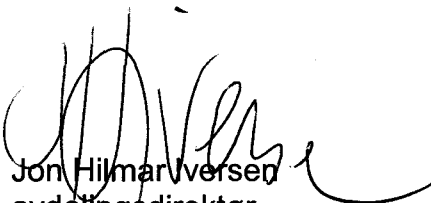
Samtidig har det fra kommunalt hold vært reist spørsmål om kommunene har plikt til å drive psykisk helsearbeid siden dette begrepet ikke finnes igjen i gjeldende lovgiving. Dette har trolig vært en medvirkende årsak til at tilbudet også i kommunene har ligget langt tilbake, jf. stortingsdokumentene ovenfor.

NOU 2004:18 omtaler bare unntaksvis enkeltmålgrupper. På s.57 fastslår utvalget at forslaget til lovtekst er utformet nøytralt også i forhold til funksjonsevne. Utvalget peker samtidig på at nøytralitet i lovgiving kan medføre forskjellsbehandling i praksis. Direktoratet vil si seg enig i denne vurderingen. Mennesker med psykiske lidelser har alt for lenge vært en tilnærmet usynlig gruppe, med store behov for et bedret tjenestetilbud. Fortsatt full nøytralitet vil kunne være til hinder for synliggjøring av denne gruppen.

Det bygges nå opp ikke utbetydelige kommunale tjenester til denne gruppa med statlige øremerkede midler. Direktoratet mener at det kan være fare for en svekking av dette tilbudet når øremerkingen faller bort, etter planen i 2009. Vi tilrår derfor at departementet i utarbeidningen av lovproposisjonen sørger for å tydeliggjøre helt eksplisitt at disse tjenestene også skal omfatte mennesker med psykiske lidelser. Dette kan gjøres ved å tydeliggjøre dette i de generelle merknadene til lovforslaget eller ved å lovfeste kommunale sosial og helsetjenester mht psykisk helse.

Med vennlig hilsen


Bjørn Guldvog
assisterende direktør


Jon Hilmar Iversen
avdelingsdirektør