

Helse - og omsorgsdepartementet  
PB 8011 Dep  
0030 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200405135	Dok.nr.: 164
Arkivkode: 520	Journ.dato: 110405
Avd.: KTA-STE	Saksbeh.: KOH
U.off.:	



SEM/FG/EH/tfa

2004051135/koh

05. april 2005

## NOU: 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

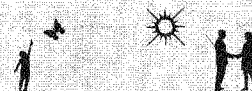
### Generelle kommentarer

LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke har gjennomgått NOU: 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. I det følgende vil vi gi våre kommentarer.

### LHLs hovedsynspunkter

- LHL mener at begrepet bruker burde benyttes framfor begrepet tjenestemottaker.
- LHL støtter utvalgets forslag om vridning fra vertikal til horisontal informasjonsflyt, under forutsetning av at personverninteressene ivaretas.
- LHL mener at mennesker med kroniske sykdommer og funksjonshemninger er best ivaretatt gjennom et lovverk som eksplisitt framhever hvilke tjenester kommunen skal ivareta.
- LHL mener at utvalget burde presisert at man i tillegg til samspillet av vurderinger av faglig, økonomisk og politisk art, skal også vektlegge brukernes synspunkter.
- LHL mener kommunene skal ha en plikt til å utarbeide individuelle planer.
- LHL er meget fornøyde med at utvalget foreslår et *samlet vedtak* for individuell plan.
- LHL er positive til forslaget om å utpeke en planansvarlig for individuell plan.
- LHL mener det må presiseres hvem som skal utpeke den planansvarlige når det er flere forvaltningsnivåer involvert.
- LHL vil komme nærmere tilbake til utfordringene knyttet til ansvarsfordelingen for utarbeidelsen av individuell plan i forbindelse med uttalelse til NOU: 2005: 3 Fra stykkevis til helt.
- LHL legger til grunn at lovverket vil bidra til at brukerstyrt personlig assistanse tilgjengeliggjøres i alle kommuner, ved at tjenesten blir mer tydeliggjort som en rettighet.
- LHL er enig med flertallet i utvalget om at klageordningene samordnes og at fylkesmannen får full overprøvingsrett i både helse og sosialsaker.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke



Postadresse Pb 4375 Nydalen, 0402 Oslo  
Besøksadresse Sandakerveien 99, Oslo

Telefon 22 79 93 00  
Telefaks 22 22 38 33

E-post post@lhl.no  
Internett www.lhl.no

Bankgiro 8200 02 33311  
Organisasjonsnr. 940 190 738

## **Innledning**

For å sikre et mer helhetlig tilbud til brukerne er LHL positiv til en harmonisering av lovgivningen for sosial- og helsetjenestene. LHL mener at en felles lov for helse- og sosialtjenesten er et bra utgangspunkt for bedre samordning internt i kommunen. Den enkelte brukers behov strekker seg imidlertid utover kommunale tjenester. Målsettingen bør være et helhetlig tilbud uavhengig av forvaltningsnivå. LHL vil komme mer tilbake til denne målsettingen i forbindelse med merknader til NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt (Wisløffutvalget) i juni 2005.

LHL mener det er mye bra i forslaget til harmonisering av helse- og sosiallovgivningen. Flere steder har brukerne fått et bedre rettsvern enn hva som framgår av dagens lovverk. Samtidig er det også områder i utredningen LHL er uenig i, og som vi vil kommentere nærmere i dette høringssvaret.

Utvalget har valgt å bruke begrepet *tjenestemottaker*. Dette skal erstatte pasient, klient, bruker og liknende begreper som benyttes i Sosialtjenesteloven og Kommunchelsetjenesteloven. LHLs høringsuttalelse i forbindelse med forskrift om individuell plan, understreket uenigheten i bruk av begrepet tjenestemottaker. Brukernes organisasjoner har lenge arbeidet for å få inn brukerperspektivet i planlegging og tilrettelegging av tjenestetilbud til kronisk syke og funksjonshemmede. LHL mener at bruker er et godt innarbeidet begrep, på lik linje som for eksempel brukarmedvirkning. Et spørsmål i denne sammenheng er om utvalget da tenker seg at man også tar i bruk begreper som ”tjenestemottakermedvirkning”?

LHL mener at begrepet bruker burde benyttes framfor begrepet *tjenestemottaker*. På denne bakgrunn har LHL valgt å benytte begrepet bruker gjennomgående i denne uttalelsen.

## **Taushetsplikt**

### Faglige hensyn versus personvern hensyn

Hensikten med harmoniseringen av lovverket er blant annet å sikre helhetlige tilbud til brukerne. En forutsetning for å lykkes i dette er bedre samordning og samhandling på tvers av forvaltningsnivåer. Dette får konsekvenser for taushetspliktreglene. Adgangen til å utveksle informasjon på tvers av profesjon og etat uten samtykke fra brukeren er i dag svært begrenset. I nytt lovforslag § 9-6 om opplysninger til samarbeidende personell åpnes det for større adgang til utveksling av informasjon, uten at personalet må innhente samtykke. Dette skal likevel ikke gjøres dersom det er grunn til å tro at brukeren ville motsette seg dette.

Utvalgets forslag innebærer en vridning fra en vertikal til horisontal informasjonsflyt. Dvs. fra informasjonsflyt innad samme etat til informasjonsflyt på tvers av etater. På bakgrunn av at brukeren skal sikres et mest mulig sammensatt tjenestetilbud, ser LHL nødvendigheten av en slik vridning. Dette vil for eksempel være en forutsetning for samarbeid rundt individuell plan. Samtidig er det avgjørende for tillitten til sosial- og helsepersonellet at brukerens personvern blir ivaretatt. LHL forutsetter at implisitt i dette ligger at sosial- og helsepersonell informerer brukeren om hva som skjer i hans/ hennes sak og til hvem informasjonen utveksles til. Dette er i tråd med faglig yrkesetikk.

Fagpersonell skal kun ha tilgang til de opplysninger som er nødvendig for å utføre sitt arbeid, et såkalt "need to know – prinsipp". Dette gjelder ikke kun den enkelte tjenesteyter. Prinsippet stiller også store krav til de ansvarlige for utforming og kontroll av informasjonssystemene i kommunene. Informasjonsteknologien skal begrense saksbehandlers tilgang til taushetsbelagt informasjon. Samtidig må ansvarlig for teknologien etablere registre for hvem som til enhver tid har fått eller tiltatt seg adgang til ulike opplysninger. På denne måten kan man kontrollere hvem som har vært inne i systemet og innhentet informasjon. Dagens regelverk i forhold til informasjonsansvarlig som vurderer hvilke opplysninger som kan gjøres tilgjengelig for samarbeidende personell videreføres. Dette skal sikre at den totale informasjonsmengden den enkelte får tilgang til ikke skal øke.

LHL forutsetter at de ovenfornevnte rammene etableres og etterleves når det skal utveksles informasjon på tvers. Ut ifra disse forutsetningene mener LHL at personverninteressene er ivaretatt, og støtter dermed utvalgets forslag om vridning fra en vertikal til en horisontal informasjonsflyt. Dette er for øvrig i samsvar med LHLS uttalelse til NOU 2004:13: En ny arbeids- og velferdsorganisering – Om samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver. Her kommenterte vi at *"For å sikre et helhetlig tilbud til brukerne bør det være gjensidig innsynsrett mellom tjenestene uavhengig av forvaltningsnivå"*.

Avslutningsvis vil LHL påpeke viktigheten av at dagens strenge taushetspliktregler blir videreført gjennom henvisning til hhv. Forvaltningsloven og Helsepersonelloven.

### **Faglig forsvarlige tjenestetilbud versus frihet til organisering av tjenestene**

Et sentralt element i utvalgets forslag er å framheve kravet om faglig forsvarlighet i tjenestetilbudet. Samtidig skal kommunene ha frihet til å organisere ut ifra lokale behov. Utvalget påpeker at det må være helheten i brukerens behov som er essensielt og ikke detaljene i de enkelte deltjenester. Som utgangspunkt er LHL enig med utvalget i at helheten i hjelpebehovet er sentralt. Likevel mener vi det er viktig å reise noen problemstillinger knyttet til dette området.

#### Fra spesiell omtale til generell omtale av kommunens oppgaver

Når det gjelder omtale av kommunenes oppgaver legger utvalget opp til at oppgavene videreføres, men i en noe mer generell form enn hva som framgår av dagens lovverk.

Gjeldende kommunehelsetjenestelov lister opp kommunenes spesifikke oppgaver og type institusjoner. Oppgaver er fysioterapitjeneste, sykepleie; herunder helsesøster og hjemmesykepleie, jordmortjeneste. Type institusjoner er aldershjem og sykehjem.

Berntutvalget foreslår å fjerne spesifiseringen av kommunens oppgaver og type institusjoner. Utvalget påpeker at en opplisting av hvilke tjenester kommunes skal yte, vil kunne medføre at man ikke ser mulighetene ved et interkommunalt samarbeid eller kjøp av private tjenesteytere. Videre heter det at en slik opplisting bidrar til et rigid og lite helhetlig tilbud. Berntutvalget mener at kommunene som hovedregel skal stå fritt med hensyn til organisering av sine tjenester.

Hvilke profesjoner som skal yte tjenestene er også tatt ut av loven. Utvalget mener at kommunens innbyggere blir ivaretatt gjennom lovverket ved at kommunen er forpliktet til å yte faglig forsvarlige tjenester, både når det gjelder innhold og omfang. Et spørsmål som melder seg i denne sammenheng, er hvem som skal definere hva som er et forsvarlig helsetjenestetilbud når kommunen ikke lenger er pålagt å ha helsefaglig kompetanse?

LHL mener at en presisering av kommunens oppgaver vil være en fordel for brukerne av loven. En tydelig lov hvor man kan lese hvilke oppgaver kommunen er pålagt å yte, er viktig for brukernes mulighet til å hevde sin rett. Et eksempel som kan nevnes er rehabilitering, som har vært en lovpålagt oppgave for kommunene fra 1984. Opptrening ved hjelp av fysioterapi er en sentral del av rehabiliteringen i kommunene. Hva vil skje med brukere som har behov for rehabilitering etter for eksempel en hjerteoperasjon? Hva vil skje med lungesyke som stadig vil ha behov for rehabilitering for å opprettholde en tilfredsstillende livskvalitet? Vil kommunene ha et fysioterapitilbud med kvalifisert personell?

Med hensyn til om oppgavene skal omtales i loven eller ikke, vil LHL vise til en kartleggingsundersøkelse om rehabilitering i kommunene som organisasjonen gjennomførte i 2003. Resultatet av denne landsdekkende undersøkelsen viste at kun 239 kommuner (Oslo unntatt) eller 55 % hadde en rehabiliteringsplan, 28 % hadde ingen plan. 17% av kommunene svarte ikke på spørsmålet. Av de 55 % som hadde en rehabiliteringsplan, var det 54 % av kommunene som fulgte opp dette i budsjettet. Hele 42 % fulgte ikke opp med å avsette midler for oppfølging i budsjettet. Dette til tross for at utarbeidelse av rehabiliteringsplaner har vært en lovpålagt oppgave for kommunene i over 20 år. Eksempelet viser at til tross for eksplisitte lovpålagte oppgaver, er det ikke dermed sagt at kommunen følger opp. LHL tror tilstanden ville vært enda dårligere dersom oppgaven ikke hadde vært spesielt omtalt i lovens ordlyd.

Årlige underskudd i landets kommuner har ligget rundt 6 - 10 milliarder kroner, uavhengig stortingsflertall og uavhengig av sittende regjeringer (jf. For velferdsstaten 15.12.2003). Resultatet har vært at ni av ti kommuner har måttet kutte i velferdstilbud, samtidig som om lag halvparten av kommunene har måttet gjennomføre oppsigelser (ibid).

På bakgrunn av erkjennelsen om en stram kommuneøkonomi, mener LHL at mennesker med kroniske sykdommer og funksjonshemninger er best ivaretatt gjennom et lovverk som eksplisitt framhever hvilke tjenester kommunen skal ivareta.

#### Brukermedvirkning ved valg av kommunale tjenester

Berntutvalget svekker ikke den individuelle retten til ytelser. Dette innebærer at økonomien til den enkelte kommune ikke er bestemmende for brukerens rettskrav på tjenester. Når det gjelder valg av hvilke type tjenester som kommunen skal foreta, stiller det seg annerledes. Det framgår av utredningens s. 56: *kommuneøkonomien skal ikke være bestemmende for den enkeltes rettskrav på tjenester. Beslutninger som tas om hvilke type tjenester som skal gis, skal imidlertid baseres på et samspill av vurderinger av faglig, økonomisk og politisk art.*

På flere områder i utredningen vektlegger utvalget at tjenestetilbudet skal formes i samråd med brukeren. Dette går også fram i forslag til lov om sosial- og helsetjenester § 1-4 nr. 2. Når vi likevel velger å trekke fram brukermedvirkning her, er det fordi valg av type tjenester vil ha stor betydning for den enkelte. På denne bakgrunn mener vi utvalget burde presisert at i tillegg til samspillet av vurderinger av faglig, økonomisk og politisk art, skal også brukernes synspunkter vektlegges. Man kunne tenke seg en situasjon hvor to tjenester framstår som faglig forsvarlige, til samme kostnad. I dette tilfellet burde det stått eksplisitt i loven at brukeren burde kunne velge.

#### **Individuell plan**

##### En kan eller skal regel i forbindelse med utarbeidelse av planen

Utvalget er delt i synet på hvorvidt kommunen *skal* utarbeide en individuell plan for brukeren eller om kommunen *kan* utarbeide en slik plan. Mindretallet mener at det er brukerens behov som skal være i fokus, og ikke kommunenes plikt til å samarbeide. Mindretallet påpeker at krav om plan vil føre til uønsket byråkratisering i form av standardiserte planer.

LHL støtter flertallet i utvalget. De hevder at kommunene skal ha en plikt til å utarbeide individuelle planer. LHL mener brukerne blir best ivaretatt ved at kommunen har en plikt til å utarbeide planer. Vilåret for utarbeidelse av plan, er at brukeren har langvarige og sammensatte behov, og at det er nødvendig med koordinerte tjenester. Det framgår av utredningen at beregnet omfang av personer som vil oppfylle vilkårene, utgjør rundt 2 -3 prosent av befolkningen. På denne bakgrunn deler ikke LHL redselen for at en individuell plan blir gjenstand for uønsket byråkratisering.

LHL vil minne om at brukeren kan be om å få utarbeidet en plan for seg. Kommunen har selvsagt muligheten for å avslå an slik anmodning, men *"i praksis skal det formodentlig mye til før en slik anmodning avslås"* jf s 136.

Når planen er utarbeidet, er likevel essensen at brukeren blir sikret en rett til innholdet i planen, og at det sørges for en framdrift i prosessen. På denne bakgrunn er LHL meget fornøyd med at utvalget foreslår et *samlet vedtak* for individuell plan.

#### Samlet vedtak sikrer innholdet i planen

LHL uttalte seg i forbindelse med høring om *Forskrift til individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. Vi påpekte at forskriften ikke medførte noen styrket rett til innholdet i planen. LHL etterlyste ordninger som kunne gjøre planen mer forpliktende. På denne bakgrunn er det gledelig at Berntutvalget foreslår et samlet vedtak for individuell plan. Planen er et faglig og administrativt dokument. Planen får rettsvirkninger når det fattes vedtak om tildeling av tjenester på grunnlag av dokumentet. På denne måten blir brukeren sikret innholdet i planen.

I tillegg vil LHL understreke forslaget om at brukeren alltid kan kreve et samlet vedtak, uavhengig av om vilkårene for individuell plan er oppfylt. Dette er positivt. En stor del av brukerne vil ikke ha behov for, eller ikke oppfylle vilkårene for individuell plan. Likevel vil mange motta flere tjenester fra både sosial- og helsesiden. I de situasjoner hvor brukeren har behov for koordinerte tjenestere, vil det være en fordel med et samlet vedtak.

#### Planansvarlig for individuell plan

LHL er positiv til forslaget om å utpeke en planansvarlig for individuell plan. Planansvarlig skal sikre at samordningen fungerer og påse at planen til enhver tid er oppdatert og tilpasset tjenestemottakerens behov og situasjon. En planansvarlig vil bidra til at brukerne slipper å måtte forholde seg til flere ulike tjenesteytere i flere ulike instanser. Som pasientorganisasjon representerer LHL personer som må forholde seg til helse – og/ eller sosialvesenet, til både første og andrelinjetjenesten.

Det framgår av lovens § 3-6 nr. 4 at kommunen utpeker den planansvarlige. Videre framgår det av samme paragraf, nr 5 at dersom statlige eller fylkeskommunale organer skal medvirke, skal det utarbeides en felles individuell plan som dekker alle tjenestenivåene. Det framgår at planene skal formes som en avtale mellom partene. I planen skal det utpekes en planansvarlig som også skal fungere som et bindeledd mellom de ulike samarbeidspartnerne. LHL mener utvalget er utydelige på dette punktet. På denne bakgrunn er det derfor ønskelig med en nærmere avklaring på hvem som skal utpeke den planansvarlige når det er flere forvaltningsnivåer involvert?

#### Ansvarlig for utarbeidelse av planen

Rett til individuell plan etter helsetjenesteloven trådte i kraft i midten av 2001, mens retten etter sosialtjenesteloven ble innført i 2004. Berntutvalget mener at helseforetaket bør være ansvarlig for å initiere arbeidet med individuell plan før utskrivning, mens ansvaret for selve utarbeidelsen bør ligge hos kommunen. Dette følges opp i NOU

2005:3 Fra stykkevis til helt (Wisløffutvalget). Wisløffutvalget påpeker at det ikke er entydig hvem som har ansvaret for at pasientene får utarbeidet en individuell plan. Wisløffutvalget mener kommunen skal være ansvarlig når det gjelder plikten til å utarbeide planen, mens spesialisthelsetjenesten foreslår en plikt til medvirkning. LHL ser behovet for at det er ett forvaltningsnivå som har ansvaret for utarbeidelsen. Samtidig har vi erfaringer gjennom LHLs pasientombud og FFOs Rettighetssenter som tilsier at spesialisthelsetjenesten er en særdeles viktig aktør i dagens utarbeidelse av individuelle planer. LHL vil komme nærmere tilbake til utfordringene knyttet til ansvarsfordelingen i forbindelse med uttalelse til Wisløffutvalget i juni 2005.

### **Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)**

Nytt lovforslag erstatter sosialtjenesteloven, og videreføres i nytt utkast § 3-1, bokstav c. Paragraf 3-1 omtaler brukernes *rett* til praktisk og personlig hjelp. I dagens sosialtjenestelov er BPA kun tydeliggjort som en oppgave for kommunene.

For 2005 har Stortinget bevilget 5, 5 millioner kroner til Ressurssenter for omstilling, hvorfra kommunene kan søke stimuleringsmidler (jf. Fylkesmannen i Østfold). Det er LHLs erfaring at svært mange kommuner ikke benytter seg av ordningen, til tross for at den er lovfestet. Vi legger til grunn at lovverket bidrar til at tilbudet tilgjengeliggjøres i alle kommuner, ved at BPA nå tydeliggjøres som en rettighet.

### **Klage på sosial- og helsetjenester**

#### En felles klageinstans for kommunale sosial- og helsetjenester

Det er viktig å ivareta brukernes rettsikkerhet i helse- og sosialsaker. Dette kan gjøres ved at brukeren har klageadgang i forhold til de vedtak som er fattet om hans/ hennes situasjon. Samtidig er tilsyn med tjenesteutøvelsen et virkemiddel for å ivareta rettsikkerheten til brukeren. Når det gjelder tilsyn, vil LHL kun kort nevne at vi støtter utvalget i at det må være intern kontroll, som kommunen selv utfører. I tillegg mener LHL at det er helt nødvendig at *staten har ansvar for å etablere de tilsynsordninger som er nødvendig for å sikre at kommunesektoren etterlever regelverket og ivaretar nasjonale mål og hensyn*, jf LHLs merknader til NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren.

Etter gjeldende regelverk er det to ulike klageinstanser på kommunale sosial og helsetjenester, hhv. fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket. Brukerne må forholde seg til et tosporet system avhengig av hvilken lov de mottar tjenester etter. I mange tilfeller vil dette være et uoversiktlig system for brukerne å forholde seg til. I tillegg vil en slik organisering i verste tilfellet kunne medføre ulik behandling av likeartede tjenester. På denne bakgrunn er LHL enig med utvalget i at det bør være én klageinstans og at dette er fylkesmannen.

Realitetsbehandling av klage; full overprøving versus lovlighetskontroll

Når det gjelder klagebehandlingen er Berntutvalget delt i synet på hvorvidt fylkesmannen skal ha full overprøvingskompetanse i sosial- og helsesaker. Etter helselovgivningen har fylkeslegen full overprøvingsrett, mens etter sosiallovgivningen har fylkesmannen kun ettersyn av lovlighetskontroll. Sistnevnte innebærer at forvaltningens skjønn kun kan overprøves i tilfeller hvor de er grovt urimelige.

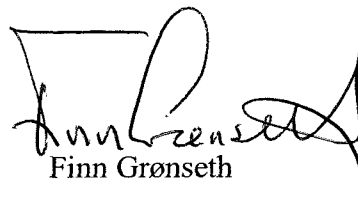
Utvalgets mindretall mener at fylkesmannens kompetanse som klageinstans bør være begrenset til å kontrollere at avgjørelsen er innholdsmessig lovlig. Argumentet for å beholde dagens ordning er at det er viktig for det lokale folkestyret hvilken kompetanse fylkesmannen som klageinstans skal ha i en felles sosial- og helsetjenestelov.

Utvalgets flertall mener at fylkesmannen skal ha rett til å overprøve alle sider av vedtaket. Ved prøving av det frie skjønnet presiseres det at Forvaltningsloven § 34 fortsatt kommer til anvendelse i klagebehandlingen, nemlig at det skal legges vekt på hensynet til det kommunale selvstyret.

Som pasientorganisasjon vil LHL understreke betydningen av at hensynet til enkeltmenneskets rettssikkerhet tillegges større vekt enn hensynet til det kommunale selvstyret. Videre mener LHL at full overprøvingsrett for fylkesmannen også i sosialsaker, vil styrke brukernes situasjon både rettslig og sosialfaglig. Rettslig ved at det åpnes for en ekstra mulighet til å få innvilget klage, sosialfaglig ved at brukeren får adgang til selv å forsøke å bedre egen livssituasjon, empowerment (jf. Profesjonelt sosialt arbeid, Kokkinn, Judy 1998). På denne bakgrunn er LHL enig med flertallet i utvalget om at fylkesmannen får full overprøvingsrett også i sosialsaker.

Med vennlig hilsen  
Landsforeningen  
for hjerte- og lungesyke

Svein Erik Myrseth  
/sign/  
forbundsleder



Finn Grønseth

generalsekretær