Innst. 424 L

(2010–2011)

**Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen**

Prop. 91 L (2010–2011)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Innhold

		Side
1.	**Sammendrag**	5
1.1	Innledning	5
1.2	Lovforslagets struktur, formål og virkeområde – forholdet til annen lovgivning	6
1.2.1	Nærmere om forholdet til helsepersonelloven	6
1.2.2	Forholdet til forvaltningsloven	7
1.3	Kommunens ansvar og plikter	7
1.3.1	Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester	7
1.3.2	Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester	7
1.3.3	Øyeblikkelig hjelp	8
1.3.4	Helsefremmende og forebyggende arbeid	9
1.3.5	Kommunelegens rolle	9
1.3.6	Fastlegeordningen	9
1.3.7	Krav om forsvarlige tjenester	10
1.3.8	Kvalitet og pasientsikkerhet	10
1.3.9	Utdanning	10
1.3.10	Forskning	10
1.3.11	Beredskapsarbeid	10
1.3.12	Politiattest	10
1.3.13	Understøtting av elektronisk samhandling	11
1.4	Samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak	11
1.4.1	Samarbeid mellom kommuner	11
1.4.2	Lovpålagt krav om lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak	11
1.5	Pasient- og brukerrettigheter	12
1.5.1	Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – materielle rettigheter	12
1.5.2	Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – prosessuelle rettigheter	12
1.5.3	Individuell plan – koordinator – koordinerende enhet	13
1.5.4	Pasienters og brukeres innflytelse	13
1.6	Klage- og tilsynsordninger	14
1.6.1	Klageordning	14
1.6.2	Tilsyn	14
1.7	Særregulering overfor enkelte grupper	15
1.7.1	Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning	15
1.7.2	Særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige, herunder bruk av tvang	15
1.8	Økonomiske virkemidler og finansiering	15
1.8.1	Finansiering og egenbetaling	15
1.8.2	Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet	15
1.8.3	Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter	15
1.8.4	Kommunal medfinansiering	16
1.9	Andre temaer og forslag	16
1.9.1	Meldeordning for spesialisthelsetjenesten	16
1.9.2	Forebygging i spesialisthelsetjenesten	17
1.9.3	Tildeling av avtalehjemler for lege- og psykologspesialister	17
1.10	Økonomiske og administrative konsekvenser, oppfølging og evaluering	17
1.10.1	Økonomiske og administrative konsekvenser	17
1.10.2	Oppfølging og evaluering av forslagene	18
2.	**Komiteens merknader**	18
2.1	Generelt om lovforslaget	18
2.2	Struktur, formål og virkeområde – forholdet til annen lovgivning	22
2.2.1	Formål	22
2.2.2	Virkeområde	23
2.2.3	Definisjoner og begrepsbruk	23
2.2.4	Forholdet til spesialisthelsetjenesten	23
2.2.5	Forholdet til andre lover	24
2.2.5.1	Helsehjelp	24
2.2.5.2	Helsepersonell	24
2.2.5.3	Nav-personell	24
2.2.5.4	Helseinstitusjon	24
2.2.5.5	Forsvarlig yrkesutøvelse	25
2.2.5.6	Taushetsplikt og opplysningsplikt	25
2.2.5.7	Dokumentasjonsplikt	25
2.3	Kommunens ansvar og plikter	25
2.3.1	Kommunens sørge for-ansvar	25
2.3.2	Overordnede prinsipper for kommunens plikter	25
2.3.3	Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester	26
2.3.3.1	Hjelp ved ulykker/andre akutte situasjoner, legevakt, nødmeldetjeneste	28
2.3.3.2	Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering	28
2.3.3.3	Psykisk helsetjeneste og rustjeneste	28
2.3.3.4	Omsorgslønn	29
2.3.3.5	Brukerstyrt personlig assistanse	29
2.3.4	Øyeblikkelig hjelp	31
2.3.5	Helsefremmende og forebyggende arbeid	31

Side

2.3.6 Kommunelegens rolle 33
2.3.7 Fastlegeordningen 34
2.3.8 Krav om forsvarlige tjenester 35
2.3.9 Kvalitet og pasientsikkerhet 35
2.3.10 Utdanning 35
2.3.11 Forskning 36
2.3.12 Beredskapsarbeid 37
2.3.13 Politiattest 37
2.3.14 Understøtting av elektronisk samhandling 38
2.4 Samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak ... 38
2.4.1 Samarbeid mellom kommuner 38
2.4.2 Lovpålagt krav om lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak ... 39
2.5 Pasient- og brukerrettigheter 39
2.5.1 Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – materielle rettigheter 39
2.5.2 Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – prosessuelle rettigheter 43
2.5.3 Individuell plan – koordinator 43
2.5.4 Andre ordninger som skal sikre et koordinert tjenestetilbud 43

Side

2.5.5 Pasienters og brukeres innflytelse 43
2.6 Klage- og tilsynsordninger 44
2.6.1 Klageordning 44
2.6.2 Tilsyn 45
2.7 Særregulering overfor enkelte grupper 45
2.8 Økonomiske virkemidler og finansiering 45
2.8.1 Finansiering og egenbetaling 45
2.8.2 Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet 45
2.8.3 Kommunal medfinansiering 45
2.8.4 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter 47
2.9 Andre temaer og forslag 47
2.9.1 Meldeordning for spesialisthelsetjenesten 47

3. Forslag fra mindretall 48

4. Komiteens tilråding 50

Innst. 424 L

(2010–2011)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 91 L (2010–2011)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i proposisjonen en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg foreslås det endringer i andre lover, blant annet i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Proposisjonen er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen og Innst. 212 S (2009–2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. I tillegg følger proposisjonen opp NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.

Forslaget til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester («sørge-for-ansvar»), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. I forslaget opphøves det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstans. Det foreslås at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Forslaget innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, men at de samles i pasientrettighetsloven. Det foreslås lovregulert at kommuner og regionale heleforetak skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås også å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene.

Høringsnotat om forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble sendt på høring i oktober 2010 med høringsfrist i januar 2011. 493 høringsinstanser har uttalt seg om forslaget.

Det redegjøres for omfang, utviklingstrekk og framtidige utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det har de senere årene vært gjennomført mange reformer og oppgaveoverføringer til kommunene. I perioden 1984–1991 ble det gjennomført tre store reformer der samordning av ansvar på lokalt nivå var et sentralt siktemål:

- Ved kommunehelsereformen fra 1984 fikk kommunene ansvar for all primærhelsetjeneste.
- Ved sykehjemsreformen fra 1988 fikk kommunene overført ansvaret for sykehjem fra fylkeskommunene.
- Ved reformen for psykisk utviklingshemmede i 1991 ble de fylkeskommunale institusjonene nedlagt og ansvaret for tjenestetilbudet overført til kommunene.

Den kommunale omsorgstjenesten har blitt mer enn fordoblet som en følge av disse reformene.

Utviklingen de siste ti årene har medført en sterkere målretting av ressursene til personer med omfattende behov. Den største gruppen mottakere av omsorgstjenester er personer over 80 år. Mye av veksten i de kommunale utgiftene de senere årene er

imidlertid knyttet til økningen i antall yngre brukere. Gruppen yngre tjenestemottakere har fordoblet seg de siste 10 årene og utgjør i dag vel 50 000 av hjemmetjenestens 160 000 brukere. Hjemmetjenesteinnsatsen har endret seg fra i hovedsak å være et hjemmehjelpstilbud med praktisk bistand til i stadig større grad å bli et behandlings- og pleietilbud. Antall brukere som bare mottar hjemmehjelp er blitt redusert.

Det understrekes at prioriteringene mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten bør styres av prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå.

Viktige oppgaver for den framtidige kommunale helse- og omsorgstjenesten oppsummeres til å omhandle samarbeid, kompetanse, forebygging, egenmestring, behandling, omsorg og rehabilitering.

1.2 Lovforslagets struktur, formål og virkeområde – forholdet til annen lovgivning

Det understrekes at de overordnede mål for helse- og omsorgstjenestene ligger fast: Befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted.

Det er et prinsipielt utgangspunkt for regjeringen at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov.

Harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning og oppfølging av samhandlingsmeldingen har vært viktige føringer for forslaget til ny lovregulering.

Det overordnede målet med lovforslaget er å legge til rette for bedre samhandling, større tverrfaglig samarbeid og helhetlige løsninger i kommunene. Et felles begrep for tjenestene i den nye loven kan etter departementets mening bidra til at dette målet nås. Departementet har valgt å benytte fellesbegrepet «helse- og omsorgstjenester». Det understrekes at begrepsbruken ikke skal innsnevre forståelsen av det sosialfaglige arbeidet som utføres i kommunen.

Forslaget om en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal oppta gjeldende kommunehelsetjenesteloven og de resterende deler av sosialtjenesteloven er ment å skulle gi et bedre grunnlag for å oppnå et oversiktlig og helhetlig regelverk.

Forslaget innebærer at øvrig helselovgivning som utgangspunkt skal komme til anvendelse på alle tjenestene etter den nye loven. Dette betyr at klageadgang, tilsyn, personellets yrkesutøvelse m.m. vil bli regulert i andre lover, og at det i den nye loven som hovedregel ikke vil være nødvendig å skille mellom helsetjenester og andre tjenester.

Departementet mener det er viktig å utforme en formålsbestemmelse som presiserer et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at det i tillegg må legges vekt på å oppnå en formålsbestemmelse som kan bidra til å fremme samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Departementet mener at lovens formålsbestemmelse også bør underbygge at likeverdige helse- og omsorgstjenester er viktig for befolkningens helse, velferd og trygghet, selv om helse og omsorg først og fremst skapes utenfor helse- og omsorgssektoren.

Lovens saklige virkeområde foreslås å være helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private med avtale med kommunen. Det foreslås hjemmel for at departementet i forskrift kan bestemme hva som er helse- og omsorgstjenester. Med hensyn til lovens stedlige virkeområde foreslås det forskriftshjemmel for lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

Det redegjøres nærmere for forholdet mellom lovforslaget og, helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven pasientskadeloven, helseregisterloven, lov om råd for menneske med nedsett funksjonsevne, tannhelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, ny lov om folkehelsearbeid, barnevernloven, lov om sosiale tjenester i Nav, sameloven, helseforetaksloven diskrimineringslovgivningen og internasjonale menneskerettigheter.

1.2.1 Nærmere om forholdet til helsepersonelloven

Departementet foreslår at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven. Det foreslås videre at departementet i forskrift skal kunne gjøre unntak fra eller særskilte tilpasninger til enkelte bestemmelser i helsepersonelloven for personell som ikke er helsepersonell, og som yter helse- og omsorgstjenester.

Det foreslås å endre definisjon av helsehjelp i loven § 3 slik at denne blir i samsvar med definisjonen av helsehjelp i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c, hvor også «pleie- og omsorgsformål» er inkludert.

Det foreslås videre at det i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd vises til institusjon som hører under ny helse- og omsorgstjenestelov til erstatning for kommunehelsetjenesteloven, og at det inntas en hjemmel for at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes av bestemmelsen.

Det foreslås å samordne reglene om taushetsplikt ved at helsepersonellovens regler om taushetsplikt

skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester som omfattes av forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg foreslås enkelte innstramninger i den taushetsplikten som følger av forvaltningsloven, og som enhver som yter tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, er bundet av.

Departementet foreslår å videreføre sosialtjenesteloven § 2-5 andre ledd og kommunehelsetjenesteloven § 6-3 andre ledd med en ordlyd utformet etter modell fra spesialisthelsetjenesteloven § 6-2, jf forslag til ny lov § 5-9 om opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen.

Departementet foreslår at helsepersonelloven § 16 andre ledd bestemmer at departementet i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om utdeling av legemidler på grunnlag av ordinering gjennom virksomhetens helsefaglige prosedyrer.

1.2.2 Forholdet til forvaltningsloven

Etter departementets vurdering er det grunn til å skille mellom reglene i forvaltningsloven som gjelder for all virksomhet som forvaltningsorganer driver (kapittel II og III), og reglene som bare gjelder for enkeltvedtak (kapittel IV-VI). Departementet mener det ikke er grunn til å unnta reglene i forvaltningsloven kapittel II og III når det gjelder kommunens virksomhet etter den nye loven. Forslaget innebærer at forvaltningsloven får utvidet anvendelse.

Departementet foreslår at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens virksomhet med de særreglene som følger av den nye loven, jf. lovforslaget § 2-2. I tillegg er det vist til pasient- og brukerrettighetsloven. Forslaget innebærer at forvaltningsloven vil gjelde i den grad den nye loven eller pasient- og brukerrettighetsloven ikke regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte.

Det foreslås at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V som utgangspunkt ikke bør gjelde ved tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven, men at reglene om enkeltvedtak likevel skal gjelde ved tildeling av tjenester etter den nye loven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d og avgjørelser etter §§ 3-6 og 3-8. Forslaget innebærer at reglene om enkeltvedtak skal gjelde for tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon.

Det foreslås unntak fra reglene om enkeltvedtak ved tildeling av tjenester som skal dekke akutte eller kortvarige behov. Departementet mener det er hensiktsmessig å sette en grense ved tildeling av tjenester som forventes å vare kortere enn to uker. Etter departementets vurdering er det tilstrekkelig at de øvrige reglene i forvaltningsloven, gjelder i disse tilfellene. Departementet foreslår at det presiseres i lovteksten at for vedtak om tjenester «som forventes å vare lenger enn to uker», skal forvaltningslovens regler om enkeltvedtak følges.

1.3 Kommunens ansvar og plikter

1.3.1 Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester

Forslaget til lovregulering av kommunens overordnede ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester er en videreføring og presisering av gjeldende rett. Begrepet «sørge for» pålegger kommunen ansvaret for at tjenestene gjøres tilgjengelige for dem som har rett til å motta tjenester. Kommunene skal fortsatt kunne velge om de ønsker å utføre de nødvendige tjenestene selv eller inngå avtale om dette med andre. Departementet foreslår å tydeliggjøre dette i lov, jf. lovforslaget § 3-1 femte ledd.

Oppholdsprinsippet legges til grunn både for ansvaret om yte tjenestene, og ansvaret for å finansiere tjenestene.

Departementet foreslår å lovfeste i ny § 3-1 tredje ledd at kommunens ansvar for å sørge for de aktuelle tjenestene innebærer en plikt til å «planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift».

Hjemlene i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a og sosialtjenesteloven § 2-1 tredje ledd om at Kongen kan gi forskrifter om ansvaret, foreslås videreført i ny lov. Forskriftshjemlene i nevnte lovbestemmelser som gir adgang til å gi forskrift om internkontroll foreslås ikke videreført i ny lov da departementet anser gjeldende forskriftshjemmel i tilsynsloven § 7 for å være tilstrekkelig.

Departementet foreslår å presisere i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, nytt tredje ledd, at det regionale helseforetakets ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

For å tydeliggjøre kravet til helhetlige og koordinerte tjenester foreslår departementet å videreføre dagens kommunehelsetjenestelov § 1-4 fjerde ledd, jf. lovforslaget § 3-4 andre ledd. For regionale helseforetak, er slik plikt foreslått i ny § 2-1 e i spesialisthelsetjenesteloven.

1.3.2 Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester

Det redegjøres for gjeldende retts bestemmelser om kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad skal innrettes mot en rendyrket «pliktlov» eller «tjenestelov»

for kommunen. Den enkelte pasient eller brukers rettigheter foreslås samlet i pasientrettighetsloven.

Departementet foreslår videre en lovreguleringsform som i mindre grad lister opp kommunens konkrete tjenester/oppgaver i lovteksten. Departementet mener at det vil være mer hensiktsmessig med en lov som angir rammene for kommunens ansvar, og som legger til rette for at kommunene i større grad selv kan organisere sine tjenester på en måte som sikrer at det kan foretas en helhetlig og integrert helse- og omsorgsfaglig vurdering, oppfølging og behandling av den enkeltes behov.

Departementet foreslår en lovregulering som i all hovedsak er profesjonsnøytral. Departementet ser imidlertid at det kan være behov for nasjonale føringer og mer detaljerte krav på enkelte områder og foreslår blant annet uttrykkelig å innta følgende etterspurte tjenestebeskrivelser i loven: «legevakt», «helsetjenester i hjemmet», «plass i institusjon, herunder sykehjem» og «personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt».

Departementet foreslår å videreføre hjemmelen i kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd for å kunne gi forskrift om privat helsevirksomhet i kommunen.

Departementet anser at avtaler om å yte tjenester for det offentlige mot kompensasjon ikke skal omsettes i det private markedet, og mener at prinsippet er så viktig at det bør lovfestes, jf. forslag til ny lov § 3-1 femte ledd.

For å definere og tydeliggjøre begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» foreslås en nærmere angivelse av de oppgaver som typisk faller inn under begrepet, jf. lovforslaget § 3-2 første ledd.

For å tydeliggjøre kommunens ansvar for psykisk helsetjeneste og for nødvendige helse- og omsorgstjenester til mennesker med rusrelaterte problemer og konsekvenser av rusmiddelproblemene har departementet foreslått at det i lovforslaget § 3-1 andre ledd inntas en presisering av dette.

Lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 1 omhandler kommunens plikt til å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. De konkrete lovpålagte forebyggende helse- og omsorgstjenestene er helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste.

Kommunens ansvar for svangerskaps- og barselomsorgstjenester, foreslås lovfestet i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 2.

Det foreslås å lovfeste kommunens ansvar for hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 3, og kommunens ansvar for utredning, diagnostisering og behandling foreslås lovfestet i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 4.

Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering foreslås lovfestet tjenesten i lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 5.

Det framgår av lovforslaget § 3-2 første ledd nr. 6 at kommunens ansvar for andre helse- og omsorgstjenester blant annet skal omfatte helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon, herunder sykehjem og avlastningstiltak.

Når det gjelder omsorgslønn, foreslår departementet at gjeldende rett videreføres uendret, jf. lovforslaget § 3-6.

Departementet foreslår en bestemmelse om boliger til vanskeligstilte som vil innebære en videreføring av gjeldende rett, jf. lovforslaget § 3-7.

Det vises til at Stortinget ved behandling av statsbudsjettet for 2006 ba regjeringen om å fremme lovforslag om rett til brukerstyrt personlig assistent, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005–2006). I forslag til ny helse- og omsorgstjenestelov foreslås det ikke å innføre en individuell rett til å kreve en bestemt type tjeneste, heller ikke ordningen brukerstyrt personlig assistanse. Departementet foreslår derimot en særskilt plikt for kommunen til å ha et tilbud om brukerstyrt personlig assistanse. Dette innebærer en videreføring av gjeldende rett, og det foreslås at plikten framgår av en egen bestemmelse, jf. lovforslaget § 3-8. Departementet foreslår at «personlig assistanse» i lovteksten konkretiseres til blant annet å omfatte «praktisk bistand og opplæring og støttekontakt».

For å tydeliggjøre kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen foreslår departementet at denne tjenesten bør komme til uttrykk i en egen lovbestemmelse (§ 3-9) som viderefører gjeldende rett.

Departementet foreslår at kommunens plikt til å sørge for transport av behandlingspersonell lovfestes i lovforslaget § 5-1.

Departementet foreslår at det i loven § 3-2 andre ledd inntas en hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene. Dette er i stor grad videreføring av gjeldende rett. Departementet foreslår i tillegg at det i lovforslaget inntas en bestemmelse om kommunens ansvar for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i de ulike helse- og omsorgstjenestene, jf. lovforslaget § 4-1 første ledd bokstav d. I bestemmelsens andre ledd foreslås det hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt etter første ledd bokstav d. Departementet viser også til at Helsedirektoratet etter lovforslaget 12-5 skal kunne gi nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer.

1.3.3 Øyeblikkelig hjelp

Kommunene har i dag ikke en plikt til å ha døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, men en del kommuner har likevel bygd ut et slikt tilbud.

Det framholdes at erfaringer tyder på at det er for mange pasienter som behandles og gis omsorg i spesialisthelsetjenesten, sett i forhold til hva en naturlig arbeidsdeling med kommunene skulle tilsi.

Departementet ønsker å støtte opp under en utvikling hvor kommunene selv mottar og vurderer om pasientene kan få gode helse- og omsorgstilbud i kommunen, eller om pasienten må henvises til spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår derfor å presisere i ny lov at kommunen skal motta pasienter som trenger helse- og omsorgshjelp for undersøkelse og om nødvendig behandling, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi, er påtrengende nødvendig. Dette anses som en videreføring av gjeldende rett.

Det framholdes at samhandlingsreformen innebærer at en større del av pasientforløpene foreslås overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Konsekvensen av dette er at kommunene i større grad enn i dag vil måtte foreta reelle avveininger av om pasienten skal henvises til kommunale tilbud eller til spesialisthelsetjenesten.

For at kommunens tilbud skal bli et reelt alternativ til noen av de ikke-planlagte innleggelsene i sykehus, og for å sikre at kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp er tilgjengelige utenom ordinær åpningstid, mener departementet at det er nødvendig med et lovpålegg.

Departementet foreslår å lovfeste at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig helse- og omsorgshjelp. Det framholdes at slike tilbud skal komme i tillegg til, og ikke til erstatning for, lokalsykehus, og at de normalt vil rette seg mot pasienter som har behov for øyeblikkelig helsehjelp. Departementet foreslår at Kongen i statsråd kan fastsette forskrifter til utdyping av plikten, herunder hvilke pasientgrupper som skal omfattes av tilbudet.

Departementet ser at det vil kunne ta noen år før alle kommuner har forutsetninger for å innfri en lovpålagt plikt om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Departementet foreslår derfor å lovfeste plikten, men med utsatt ikrafttredelse. Det tas sikte på ikrafttredelse 1. januar 2016.

1.3.4 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Departementet mener at det er behov for at helse- og omsorgstjenesteloven har en bestemmelse som tydeliggjør ansvaret for det helsefremmende og forebyggende arbeidet, ikke bare innenfor de konkrete forebyggende tjenestene, men i alle deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For å tydeliggjøre dette foreslås det en bestemmelse i § 3-3 om ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det foreslås også å videreføre kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne.

1.3.5 Kommunelegens rolle

Departementet foreslår å videreføre kommunens plikt til å ha kommunelege. Forslaget til regulering er inntatt i lovforslaget § 5-5. Det foreslås en endring i forhold til gjeldende rett ved at det ikke lenger skal være krav om at kommunelegen er ansatt i hver enkelt kommune vedkommende arbeider, slik at kommuner skal kunne samarbeide om ansettelse av kommunelege.

I dag skal kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap. Denne særlige saksbehandlingsregelen anser departementet at det ikke lenger er behov for, og den foreslås derfor ikke videreført i lovforslaget.

Kommunehelsetjenesteloven § 3-5 fjerde ledd inneholder bestemmelse om videresending av dødsmeldinger til Dødsårsaksregisteret, men inneholder ikke elementer som ikke er ivaretatt i forskrift om Dødsårsaksregisteret. På denne bakgrunn foreslår departementet at kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje og fjerde ledd ikke videreføres i lovforslaget § 5-5.

1.3.6 Fastlegeordningen

Departementet foreslår å videreføre de grunnleggende strukturer fastlegeordningen bygger på, og vil videreføre kommunens plikt til å sørge for en fastlegeordning. De lovfestede pasientrettighetene i dagens fastlegeordning foreslås videreført i pasientrettighetsloven. Hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om fastlegeordningen foreslås også videreført.

Departementet understreker at den enkelte fastlege har et selvstendig ansvar overfor sine pasienter for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

For å sikre at bestemte nasjonale kvalitets- og funksjonskrav blir en del av enhver fastlegepraksis, foreslår departementet at det presiseres i forskriftshjemmelen om fastlegeordningen at departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilke kvalitets- og funksjonskrav som skal stilles til fastlegevirksomhet.

Fordi en god legefordeling i landet har høy prioritet, vurderer departementet det som hensiktsmessig å videreføre hjemmelen for å regulere antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten, og antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet. Departementet foreslår derfor å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 1-1 a, jf. lovforslaget § 12-2.

1.3.7 Krav om forsvarlige tjenester

Det framholdes at kommunens ansvar for å yte eller tilby forsvarlige tjenester i dag er indirekte og fragmentert regulert sammenlignet med i spesialisthelsetjenesten. Etter departementets oppfatning bør loven i større grad enn i dag tydeliggjøre kommunenes virksomhetsansvar for å tilby forsvarlig tjenester. Departementet foreslår at det i § 4-1 første ledd presiseres at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven, skal være forsvarlige.

Departementet foreslår videre at det i loven presiseres at forsvarlighetsplikten forutsetter at kommunen tilrettelegger sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud og at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og personellet som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

1.3.8 Kvalitet og pasientsikkerhet

Departementet mener at kravet om systematisk arbeid for å unngå skader på pasienter eller brukere bør gjøres obligatorisk for alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Systematisk arbeid med sikkerhet for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester er like viktig som i spesialisthelsetjenesten. For å synliggjøre at alle helse- og omsorgstjenestene er dekket, mener departementet at begrepet «pasient- og brukersikkerhet» bør benyttes.

På denne bakgrunn foreslår departementet å lovfeste at enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter den nye loven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for pasient- og brukersikkerhet, jf. forslag til ny lov § 4-2 første ledd. Det foreslås videre hjemmel i andre ledd til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i og gjennomføring av plikten, herunder til å stille krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav. Departementet foreslår også bestemmelser for pasientsikkerhetsarbeid i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Videre foreslår departementet at Helsedirektoratets arbeid med nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, samt ansvaret for å utvikle og offentliggjøre nasjonale kvalitetsindikatorer, tas inn som egen bestemmelse i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven.

Det framholdes at kvalitetsutvalgene som skal opprettes etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4, er sentrale bindeledd mellom Helsetilsynet i fylket og virksomhetene og helseforetakene, og det foreslås at utvalgene fremdeles skal være lovpålagte organer, jf. forslag til § 3-4 i spesialisthelsetjenesteloven. For å få tydelig fram at pasientsikkerhet også bør inngå i kvalitetsutvalgenes arbeid, foreslår departementet at utvalgene skifter navn fra kvalitetsutvalg til kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.

1.3.9 Utdanning

Departementet foreslår å videreføre kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring for helsepersonell i ny lov § 8-1. Kommunens plikter knyttet til videre- og etterutdanning foreslås videreført i ny lov § 8-2, slik at de gjelder både for helsepersonell og annet personell som omfattes av loven, herunder det personellet som i dag er ansatt i sosialtjenesten.

Det understrekes at det er nødvendig med supplerende tiltak, og samarbeid om utdanning, forskning, praksis og læretid er foreslått inntatt i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene.

1.3.10 Forskning

Departementet foreslår en ny lovbestemmelse som gir kommunen et medvirkningsansvar for forskning. Departementet mener at en slik lovbestemmelse vil være viktig for økt medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementets forslag til regulering er inntatt i lovforslaget § 8-3.

Departementet foreslår videre at man i opplistingen av samarbeidstiltak mellom kommuner og helseforetak som skal reguleres gjennom avtaleverket, også synliggjør at dette skal omfatte forskning, jf. forslag til § 6-2 nr. 7.

1.3.11 Beredskapsarbeid

Departementet foreslår å videreføre dagens bestemmelser om beredskap i kommunehelsetjenesteloven og i sosialtjenesteloven, herunder plikt for kommunen til å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap og å samordne denne med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Departementet understreker at der beredskap er regulert i spesiallovgivning, må spesiallovgivningen legges til grunn. Dette gjelder for eksempel smittevern etter smittevernloven.

1.3.12 Politiattest

Departementet foreslår at kravet til politiattest for personell som skal yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemning videreføres i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, jf. lovforslaget § 5-4. For å rydde unna tvil om at bestemmelsen også gjelder for personer som yter tjenester for kommunen på oppdrag eller ved avtale, for eksempel som støttekontakt, avlaster etc., foreslår departementet at dette presiseres i lovteksten. Kravet

til politiattest omfatter enhver som yter tjenester til barn eller utviklingshemmede, enten de er ansatt i kommunen eller er private som yter tjenester på vegne av kommunen.

1.3.13 Understøtting av elektronisk samhandling

Departementet mener at den elektroniske informasjonsutvekslingen av pasientopplysninger må få et langt videre omfang for at helsetjenesten skal kunne realisere gevinster i form av effektivitet og økt kvalitet på helsehjelpen. Departementet erkjenner at tilpasningen må skje gradvis, men mener samtidig at tiden er inne for å klargjøre at elektronisk kommunikasjon skal være hovedregelen for utveksling av pasientinformasjon.

Ettersom elektronisk kommunikasjon skal være hovedregelen for utveksling av pasientinformasjon, bør det etter departementets vurdering gis lovhjemmel for at det i forskrift kan stilles krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom elektroniske pasientjournalsystemer. Departementet foreslår at Kongen i helseregisterloven § 6 nytt fjerde ledd gis hjemmel til i forskrift å fastsette at helseopplysninger i behandlingsrettet register skal behandles elektronisk.

Av hensyn til en harmonisering av lovgivningen foreslår departementet å pålegge kommuner og virksomheter som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, en tilsvarende plikt som helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten til å sørge for at journal- og informasjonssystemene er forsvarlige. Forslaget er en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett.

Departementet foreslår videre å lovfeste at helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og kommunene skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer, jf. forslag til ny lov § 5-10 og endring av spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 første ledd.

Sertifiseringen innebærer at det foretas en kontroll av om de krav til standarder og funksjonalitet som følger av myndighetskrav, faktisk er gjennomført i systemene og programvaren. Dersom kontrollen er vellykket, sertifiseres programvaren eller systemet. Departementet foreslår å presisere i helseregisterloven § 16 fjerde ledd at bestemmelsen også omfatter hjemmel til å forskriftsfeste krav om sertifisering.

1.4 Samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak

1.4.1 Samarbeid mellom kommuner

Det foreslås i § 3-4 første ledd at kommunen skal ha plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven.

Departementet vurderer det slik at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten over hele landet i årene framover skal utvikles i samsvar med framtidens kommunerolle, vil det oppstå et behov for at det etableres omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke. Departementet er av den oppfatning at et slikt samarbeid i utgangspunktet bør inngås frivillig. I de tilfeller hvor et slikt samarbeid likevel ikke inngås enda det er påkrevet, og dette utgjør en risiko for at pasientene, og brukerne ikke får de helse- og omsorgstjenester de har krav på etter loven, foreslås det at departementet skal ha mulighet til å kunne påby et slikt samarbeid, jf. lovforslaget § 6-6.

Departementet foreslår også å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 1-6 andre og tredje ledd om gjensidig bistand mellom kommuner i ny helse- og omsorgstjenestelov, jf. lovforslaget § 5-3 andre og tredje ledd.

1.4.2 Lovpålagt krav om lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak

Departementet mener at lovpålagte samarbeidsavtaler er et egnet virkemiddel for å oppnå samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for å kunne tilby pasienter og brukere koordinerte tjenester og helhetlige pasientforløp når de har behov for det. Departementet mener derfor at foretakene gjennom de lovpålagte avtalene må forpliktes til å bistå kommunene med faglig kompetanse og kunnskapsoverføring. Enighet om ansvar skal ikke kunne sette loven til side, og partene skal ikke kunne avtale en annen ansvarsfordeling enn den som framkommer av lovgivningen.

Departementet foreslår å fastsette plikt for kommuner og foretak til å inngå lokale samarbeidsavtaler i lovforslaget § 6-1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. Ansvaret for at det lovpålagte ansvaret for å inngå samarbeidsavtaler oppfylles, foreslås lagt til kommunestyret.

De regionale helseforetakene er lovpålagt det overordnede ansvaret for å planlegge, organisere, kontrollere og føre tilsyn med den strukturelle utviklingen av spesialisthelsetjenesten innenfor sin helseregion. Departementet mener derfor at ansvaret for å sørge for at det etableres et hensiktsmessig og tilstrekkelig totalt opplegg av samarbeidsavtaler med kommunene i helseregionen bør ligge på det regionale helseforetaket. Departementet forutsetter imidlertid at de regionale helseforetakene vil finne det hensiktsmessig å overlate til det enkelte helseforetak å inngå og vedlikeholde avtaler med de aktuelle kom-

munene. Departementet foreslår at denne muligheten framgår uttrykkelig av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd.

For å legge til rette for at avtalene som inngås mellom kommuner og foretak skal få et felles grunnlag, og for å sikre at avtalene skal bli det tiltenkte verktøyet for gjennomføring av samhandlingsreformen, foreslår departementet at det lovfestes minimumskrav om hva som skal inngå i avtalene og at man overlater til partene på frivillig basis å ta inn det de måtte ønske i tillegg, jf. lovforslaget § 6-2.

Departementet foreslår at det skal kunne settes frist til å inngå avtaler og krav om innsending av avtaler til Helsedirektoratet i lovforslaget §§ 6-3 og 6-4.

Det foreslås at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, jf. lovforslaget § 6-5.

Departementet tar sikte på å oppnevne et eget nasjonalt organ for håndtering av uenighet som står til partenes disposisjon, mens partene selv bestemmer om de vil legge uenigheten fram for organet, og om de vil rette seg etter organets beslutning. Partene kan bli enige om å forelegge saker for organet ved uenighet både om avtaleinngåelse og om fortolkning av inngått avtale.

1.5 Pasient- og brukerrettigheter

1.5.1 Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – materielle rettigheter

I og med at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester etter forslaget rettes inn mot å bli en ren plikt- og tjenestelov, mener departementet at rettighetsbestemmelser som i dag framgår av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, skal samles i pasientrettighetsloven. Departementet legger til grunn at dagens samlede rettighetsomfang skal videreføres.

Departementet foreslår at det innføres en bestemmelse om rett til nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester, samt at vilkårene for rett til henholdsvis helsetjenester og omsorgstjenester skal være likelydende, jf. forslaget til ny § 2-1 a i pasientrettighetsloven. For å tydeliggjøre den enkeltes rettigheter foreslår departementet å dele opp dagens § 2-1 i to bestemmelser, hvor § 2-1 a foreslås å gjelde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mens § 2-1 b foreslås å gjelde for spesialisthelsetjenesten. Den enkelte pasients og brukers rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen foreslås inntatt som første ledd i § 2-1 a.

Departementet foreslår at pasientrettighetslovens tittel endres til «Pasient- og brukerrettighetsloven». Etter departementets syn er det et sentralt poeng at loven også vil omfatte tjenestemottakere som ikke nødvendigvis er pasienter. Med tilsvarende resonnement foreslår departementet at også formålsbestemmelsen i pasientrettighetsloven § 1-1 endres.

Kommunehelsetjenesteloven 2-2 andre ledd om foreldrenes medvirkningsplikt motsvares ikke av noen korresponderende bestemmelse i pasientrettighetsloven kapittel 6. Departementet ønsker å videreføre bestemmelsen og foreslår å endre pasientrettighetsloven § 6-1 slik at denne samsvarer med dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd.

Departementet foreslår en presisering i pasientrettighetsloven hvor det framgår at enhver har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med forslaget til forsvarlighetsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

I sosialtjenesteloven § 7-11 er det gitt egne bestemmelser om rettigheter under opphold i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 7. Bestemmelsen inneholder både bestemmelser om den enkeltes rettigheter til privatliv og selvbestemmelsesrett og bestemmelser om tvangsbruk/sikringstiltak. Med hjemmel i bestemmelsen er det gitt forskrift om beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelbrukere, jf. forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. kapittel 5. Departementet foreslår at bestemmelsene i sosialtjenesteloven § 7-11 videreføres i en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4, og at henvisningen inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 endres i tråd med dette.

1.5.2 Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – prosessuelle rettigheter

For å sikre at gjeldende rett videreføres for de tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, foreslår departementet at sosialtjenesteloven § 8-4 videreføres som et nytt andre ledd i pasientrettighetsloven § 3-1. Forslaget innebærer at det skal legges stor vekt på hva bruker og pasient mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, § 3-6 og § 3-8, og at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren.

I pasientrettighetsloven § 3-1 fjerde ledd foreslår departementet presisert at som hovedregel skal pasients og brukers ønske om at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, imøtekommes.

Departementet foreslår at brukers rett til informasjon framgår av ny bestemmelse i pasientrettighetsloven § 3-2 siste ledd. Når det gjelder pasientrettighetsloven § 3-5 om informasjonens form, foreslår departementet at denne endres slik at bestemmelsen vil gjelde både pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår at det tas inn et nytt siste punktum i pasientrettighetsloven § 3-1 andre ledd om at et barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.

Sosialtjenesteloven § 8-3 andre ledd er ikke ivaretatt gjennom pasientrettighetsloven. For å videreføre gjeldende rett på dette området foreslår departementet at et barn skal kunne opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelavhengige under 18 år etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 10, foreslås det at barnet alltid skal regnes som part.

Departementet foreslår av regeltekniske grunner at den enkeltes rett til fastlege etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 a flyttes til pasientrettighetsloven § 2-1 c. Kommunens plikter knyttet til ordningen foreslås lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4.

Departementet foreslår at bestemmelsene om rett til journalinnsyn i pasientrettighetsloven kapittel 5 også bør gjøres gjeldende for mottakere av tjenester som i dag er omfattet av sosialtjenesteloven.

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 4-4 om at personer med særlig tyngende omsorgsarbeid kan kreve at sosialtjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i.

1.5.3 Individuell plan – koordinator – koordinerende enhet

Individuell plan er innført som et virkemiddel for å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere. Reguleringen av ordningen i helselovgivningen og sosiallovgivningen er noe forskjellig, men det reelle innholdet er i hovedsak likt. En individuell plan gir ikke pasienten eller brukeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket, men planen vil være en viktig premiss ved tildeling av tjenester og kan bidra til å utløse nødvendig hjelp. I tillegg kan planen være viktig ved gjennomføring av hjelpen, og den gir større forutsigbarhet for pasienten eller brukeren.

Etter departementets vurdering bør det framgå tydelig av den nye loven at kommunen har plikt til å utarbeide individuell plan for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. En presisering av dette vil bare være ny for tjenester som i dag omfattes av sosialtjenesteloven, fordi dette allerede følger av helselovgivningen.

Departementet foreslår at det i den nye loven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 framgår at kommunen skal sørge for at det utarbeides individuell plan, og at planarbeidet koordineres i de tilfellene den enkelte har behov for tjenester både etter den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven.

Departementet foreslår også endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, slik at det framgår at helseforetaket har plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan i de tilfellene det er behov for spesialisthelsetjenester i tillegg til kommunale tjenester. Samarbeidsplikten gjelder uavhengig av hvem som setter i gang arbeidet med planen. Tilsvarende endring foreslås i psykisk helsevernloven § 4-1, slik at plikten pålegges den enkelte institusjon.

Departementet finner at det er hensiktsmessig å konkretisere i lov hvordan ansvaret for å koordinere arbeidet med individuell plan skal ivaretas. Etter departementets vurdering bør dagens regler om at en bestemt person skal ha et hovedansvar for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, videreføres. På denne bakgrunn foreslår departementet en egen bestemmelse om koordinator i den nye loven. I tillegg foreslås det en ny bestemmelse om koordinator i spesialisthelsetjenesteloven i stedet for pasientansvarlig lege.

Etter departementets vurdering er lovfesting av plikt for personellet til å delta i arbeidet med individuell plan særlig viktig for å ansvarliggjøre helsepersonell som ikke har noen tilknytning til kommune eller regionalt helseforetak gjennom driftsavtaler mv.

For å tydeliggjøre ordningen med individuell plan ytterligere foreslår departementet at det presiseres i helsepersonelloven at helsepersonell skal ha plikt til å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan. Bestemmelsen foreslås tatt inn som ny § 38 a i helsepersonelloven.

Departementet foreslår at plikten til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten videreføres. Det foreslås enkelte endringer slik at enhetene også får et overordnet ansvar for å følge opp arbeidet med individuelle planer.

Departementet foreslår at det klart framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a at koordinators ansvar også omfatter det å samordne behandlingen i forbindelse med institusjonsopphold. Det foreslås en hovedregel om at koordinator bør være lege, men for enkelte pasientgrupper vurderer departementet at det likevel unntaksvis kan være hensiktsmessig å bruke andre grupper helsepersonell som koordinator. Det foreslås derfor at også andre typer helsepersonell kan være koordinator når dette anses mest hensiktsmessig og forsvarlig.

1.5.4 Pasienters og brukeres innflytelse

Etter departementets vurdering er det nødvendig at alle kommuner har en systematisk tilnærming til

hvordan pasienter og brukere involveres i utvikling av helse- og omsorgstjenestene. På denne bakgrunn foreslår departementet at kommunene i lovforslaget § 3-10 første ledd gis plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste. Det foreslås også at kommunene plikter å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Departementet foreslår også å lovfeste en bestemmelse om at helse- og omsorgstjenesten bør samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. Bestemmelsen foreslås inntatt som tredje ledd i lovforslaget § 3-10 og skal videreføre sosialtjenesteloven § 3-3.

Det foreslås presisert at for kommuner innenfor forvaltningsområdet for samisk språk, vil det gjelde en særlig plikt til å sørge for at samiske pasienters og brukeres behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utforming av tjenesten.

1.6 Klage- og tilsynsordninger

1.6.1 Klageordning

Departementet forslag til klageordning kan oppsummeres slik:

- Reglene om klage samles i pasientrettighetsloven.
- Mottakere av tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, skal i likhet med mottakere av helsehjelp få en lovregulert adgang til å klage over manglende oppfyllelse av prosessuelle rettigheter etter pasientrettighetsloven.
- Klagen skal sendes til den som har truffet vedtaket eller avgjørelsen.
- Regelen i pasientrettighetsloven § 7-1 (anmodning om oppfyllelse) oppheves.
- Ordningen med to klageinstanser, som i dag gjelder etter kommunehelsetjenesteloven, oppheves.
- Reglene i forvaltningsloven om behandling av klager over enkeltvedtak skal gjelde så langt de passer, både for underinstansen og klageinstansen – med de særreglene som følger av den nye loven.
- Fylkesmannen blir klageinstans etter den nye loven.
- Ved prøving av kommunale vedtak kan klageinstansens treffe nytt vedtak i saken eller oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen.
- Fylkesmannen skal ved prøving av kommunale vedtak om helsetjenester legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. For øvrige kommunale vedtak skal fylkesmannen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn.

1.6.2 Tilsyn

Departementet mener at Statens helsetilsyn fortsatt bør ha ansvar for overordnet tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og påse at virksomheter drives på en faglig forsvarlig måte og i samsvar med lov og forskrift. Etter departementets vurdering vil et overordnet ansvar for Statens helsetilsyn sikre nødvendig uavhengighet i tilsynet i tillegg til en god styring og prioritering av områder og tema for tilsyn, metodeutvikling og harmonisering av tilsynsutøvelsen. Den instansen som skal være felles regional tilsynsinstans, må etter departementets syn underlegges faglig instruksjonsmyndighet fra Statens helsetilsyn. Departementet mener at den styringen som Statens helsetilsyn i dag har myndighet til, må videreføres for å sikre kompetent, effektiv og lik styring av tilsyn.

Departementet mener at Fylkesmannen bør være felles klage- og tilsynsinstans, og anfører at dette vil innebære en mindre fragmentert stat, og at løsningen vil gjøre det enklere og mer oversiktlig både for kommunene og deres innbyggere.

Departementet foreslår at det presiseres i den nye loven at kommuneloven kapittel 10 A skal gjelde tilsvarende når Fylkesmannen fører tilsyn etter den nye loven, med unntak av § 60 d. En slik henvisning innebærer at Fylkesmannen også må forholde seg til kommunelovens regler om lovlighetstilsyn (§ 60 b), innsyn (§ 60 c) og samordning (§60 e) ved gjennomføringen av tilsyn med kommunene.

Departementet mener at myndigheten til å gi pålegg bør legges til Statens helsetilsyn.

Det foreslås en tilsynsbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som er koplet til definerte kommuneplikter i loven.

Det er også foreslått diverse endringer i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Tittelen på loven foreslås endret til lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten, «Helsetilsynet i fylket» til «Fylkesmannen», og «helsetjenesten» til «helse- og omsorgstjenesten.» I tillegg er det foreslått en presisering av at Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og «er da direkte underlagt Statens helsetilsyn», jf. § 1 nytt fjerde ledd. Ordet uheldig er foreslått tatt ut i § 5 om adgang til å gi pålegg. Dette innebærer at adgangen til å gi pålegg bare skal gjelde hvis virksomheten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uforsvarlig.

1.7 Særregulering overfor enkelte grupper

1.7.1 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Departementet mener at reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A i hovedsak inntil videre bør beholdes uendret. og at reglene som gjelder personer med psykisk utviklingshemning, bør plasseres i helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet foreslår enkelte mindre tilpasninger. Disse går ut på at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b skal legges til grunn i stedet for å ha særregler om hvem som skal anses som pårørende i den nye loven. I tillegg foreslås det at begrepene «spesialisthelsetjenestene» og «de spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for» erstattes med «spesialisthelsetjenesten», og at tjenestemottaker erstattes med bruker eller pasient.

1.7.2 Særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige, herunder bruk av tvang

Særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige er i dag regulert i sosialtjenesteloven kapittel 6. Hjelpetiltak er regulert i § 6-1, mens de andre paragrafene i kapittel 6 regulerer bruk av tvang; vilkår for innleggelse og tilbakehold i institusjon, saksbehandling, overprøving m.m.

Departementet foreslår at gjeldende regler i sosialtjenesteloven kapittel 6 i hovedsak videreføres uendret, og at reglene inntil videre plasseres i helse- og omsorgstjenesteloven. Sosialtjenesteloven § 6-1 som har særlige regler om at kommunen skal sørge for tjenester til mennesker med rusrelaterte problemer, foreslås ikke videreført. Det anføres at bestemmelsen i seg selv ikke gir rett til tjenester, og at denne type tjenester vil falle inn under reguleringen av helse- og omsorgstjenester i lovforslaget § 3-2, jf. også § 3-1 andre ledd.

Departementet foreslår enkelte mindre tilpasninger. Disse går ut på at «sosialtjenesten» som pliktsubjekt erstattes med «kommunen». I tillegg foreslås det at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b skal legges til grunn i stedet for å ha særregler om dette i den nye loven. Dessuten foreslås det at begrepet «klienten» erstattes med «pasienten eller brukeren», og at «rusmiddelmisbruker» erstattes med «rusmiddelavhengig».

1.8 Økonomiske virkemidler og finansiering

1.8.1 Finansiering og egenbetaling

De kommunale helse- og sosialtjenestene finansieres i dag hovedsaklig av kommunens frie inntekter, men også av øremerkede tilskudd, trygderefusjoner og brukerbetaling. De frie inntektene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene. Det overordnede formålet med inntektssystemet er å utjevne kommunenes forutsetninger for å gi et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere.

Departementet finner det naturlig og hensiktsmessig at kommunene også i framtiden har det økonomiske ansvaret for de kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet foreslår derfor en videreføring av kommunens ansvar for utgifter til de helse- og omsorgstjenester den er forpliktet til å yte, jf. lovforslaget § 11-5.

Det foreslås også å videreføre bestemmelsen om at staten yter årlig rammetilskudd, jf. forslag til ny lov § 11-5. Forslagene endrer ikke gjeldende rett.

Kommunenes hjemmel til å kreve vederlag av pasient og bruker foreslås regulert i ny lov § 11-2 første ledd.

Departementet foreslår ikke nye egenbetalingsordninger i proposisjonen. Forskriftshjemmelen for regulering av vederlag foreslås inntatt i § 11-2 andre ledd. Forslaget innebærer at en harmonisert felles forskrift kun vil erstatte dagens forskrifter som er gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 2-3 og sosialtjenesteloven § 11-2.

1.8.2 Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet

Departementet foreslår at kommunen skal ha det finansielle ansvaret for alle som oppholder seg i kommunen, men at det gis en fullmakt for departementet til å gi nærmere forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt eller har fast oppholdssted.

Oppholdsprinsippet legges også til grunn for kommunens plikt til å sørge for helse- og omsorgstjenester.

1.8.3 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Departementet foreslår at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester lovfestes at kommunen har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag pasienten er registrert som utskrivningsklar, jf. lovforslaget § 11-4 første ledd. Dette foreslås finansiert ved at de regionale helseforetakene får trekk i sine rammer basert på historiske tall for utskrivingsklare pasienter sammenholdt med betalingssatsen, og ved at midlene fordeles mellom kommunene etter objektive kriterier i inntektssystemet for kommunene.

Videre foreslås i § 11-4 andre ledd at kommunen pålegges plikt til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende plikt for regionale helseforetak til å

inngå slik avtale foreslås også lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, jf. forslag til ny § 2-6 første ledd.

I lovforslaget § 11-4 foreslås det i tredje ledd presisert at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser etter første ledd. Tilsvarende foreslås også lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, jf. forslag til ny § 2-6 andre ledd.

Departementet vil sikte på å innføre den nye ordningen for somatikk fra og med 1. januar 2012. En eventuell overføring av finansieringsansvaret for utskrivningsklare pasienter også innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling foreslås avklart på et senere tidspunkt.

1.8.4 Kommunal medfinansiering

Departementet tar sikte på å innføre en kommunal medfinansiering av medisinske behandlingsepisoder for alle aldersgrupper.

For å unngå at en avgrenset medfinansieringsmodell vil kunne gi utilsiktete effekter for pasienter som trenger operasjon, legges det opp til en helhetlig finansieringsmodell med høyere ISF-sats for pasientgrupper som ikke er inkludert i kommunal medfinansiering. Samlet sett vil dermed forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering være den samme for alle pasientgrupper.

Departementet legger ikke opp til å innføre kommunal medfinansiering på områdene psykisk helsevern, rus og opphold i private opptreningsinstitusjoner fra 2012. Det framholdes at det innenfor psykisk helsevern fortsatt er behov for omstrukturering i spesialisthelsetjenesten, og at det innenfor rusbehandling og rehabilitering er behov for å klargjøre framtidig oppgave- og ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene.

Midler som overføres til kommunene fra 2012 for å kunne innføre kommunal medfinansiering, vil bli finansiert av en tilsvarende reduksjon i bevilgningen til innsatsstyrt finansiering.

Det foreslås i lovforslaget en hjemmel for departementet til å kunne gi nærmere bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret, jf. lovforslaget § 11-3.

1.9 Andre temaer og forslag

1.9.1 Meldeordning for spesialisthelsetjenesten

Bakgrunnen for at departementet har vurdert endringer i meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 er blant annet at den ikke er i samsvar med internasjonale anbefalinger om meldesystemer til bruk for læring og forebygging. Det framholdes at selv om hovedformålene med dagens meldinger til Helsetilsynet i fylket er læring og forebygging, vil oppfølgingen av hendelsene kunne medføre at det opprettes tilsynssak og ilegges administrative reaksjoner mot helsepersonell. Selv om det i praksis er et meget lite antall av meldingene som ender opp som tilsynssak, vil helsepersonells usikkerhet med hensyn til hva som skjer videre med en melding, kunne være nok til at man lar være å melde.

Det påpekes at ved å legge meldeordningen til Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet vil informasjonen i meldingene utelukkende brukes til å kartlegge risiko for og årsaker til at skader oppstår med formål å forebygge framtidig skade.

Det foreslås en ny § 3-3-a i spesialisthelsetjenesteloven som lovfester den varslingsplikten som blant annet helseforetak er pålagt gjennom den prøveordningen som ble etablert 1. juni 2010. Det foreslås en forskriftshjemmel i andre ledd for at departementet skal kunne gi nærmere kriterier for varsling i forskrift.

Departementet foreslår å flytte meldeordningen til Kunnskapssenteret.

Det foreslås også et nytt sjette ledd i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2, hvor det framgår at Statens helsetilsyn skal foreta stedlig tilsyn etter å ha mottatt varsling, dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.

Departementet foreslår videre at Kunnskapssenteret skal ha meldeplikt til Statens helsetilsyn når det er grunn til å tro at det foreligger alvorlig systemsvikt, jf. forslag til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 femte ledd.

Meldinger til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal ikke inneholde pasientidentifiserbare data.

Departementet foreslår at nytt § 3-3 fjerde ledd utformes slik at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal sikre konfidensialitet for både basismelder, involvert helsepersonell og virksomheten.

Det foreslår en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 sjette ledd om at melding til Kunnskapssenteret ikke i seg selv kan danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon mot den som har meldt i medhold av helsepersonelloven kapittel 11. Tilsvarende foreslås for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 andre ledd, jf. forslag til ny § 67a i helsepersonelloven. Det foreslås også tilsvarende bestemmelse i tilsynsloven § 2 fjerde ledd annet punktum.

Ved overføring av meldeordningen til Kunnskapssenteret vil det bli etablert et helseregister. Det skal ikke inngå pasientnavn eller fødselsnummer i registeret, men det vil inneholde et tilstrekkelig antall

andre variabler til at opplysningene vil kunne være indirekte identifiserbare. Registeret må derfor ha et behandlingsgrunnlag i lov. Departementet legger til grunn at forslaget til nytt tredje ledd i § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven sikrer et tilstrekkelig behandlingsgrunnlag for Kunnskapssenteret.

1.9.2 Forebygging i spesialisthelsetjenesten

Departementet foreslår å lovfeste at de regionale helseforetakene skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade, jf. forslag til spesialisthelsetjenestelov § 2-1 a nytt andre ledd. Forslaget viderefører det ansvaret som spesialisthelsetjenesten i dag har for forebygging.

1.9.3 Tildeling av avtalehjemler for lege- og psykologspesialister

På bakgrunn av erfaring med behandling av klagesaker som gjelder tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister, ser departementet behov for i forskrift å regulere kriteriene for tildeling og hvordan prosessen ved tildeling av avtalehjemler skal gjennomføres. Departementet mener at en slik forskriftsregulering kan bidra til en god og mer effektiv saksbehandling og sikre en likeartet praksis i hele landet. Forskriften vil kunne erstatte departementets midlertidige retningslinjer nedfelt i departementets brev av 25. februar 2009 til landets regionale helseforetak.

Departementet foreslår å endre spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 fjerde ledd, slik at det tas inn et nytt andre punktum som gir departementet hjemmel til ved forskrift å gi nærmere regler for tildeling av avtalehjemmel til lege- og psykologspesialister.

1.10 Økonomiske og administrative konsekvenser, oppfølging og evaluering

1.10.1 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det framholdes at lovforslaget innebærer at kommunens plikter i all hovedsak skal videreføres i samme omfang og med samme innhold som i dag. Forslagene til lovregulering innebærer sammenlignet med dagens regulering at kommunenes ansvar og plikter angis på en mer generell og overordnet måte. Videre innebærer forslagene at regulering som i dag framgår av forskrifter, til dels tas inn i en mer samlet regulering i loven. Flere av bestemmelsene presiserer gjeldende rett.

Viktige unntak fra dette er forslag om en lovfesting av kommunenes plikt til å etablere tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, forslag om hjemmel til i forskrift å fastsette kommunenes økonomiske ansvar for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Pasienters og brukeres rettigheter skal videreføres på dagens nivå og skal i seg selv ikke ha administrative eller økonomiske konsekvenser av betydning.

Kravet til et verdig tjenestetilbud kan allerede i dag innfortolkes i forsvarlighetskravet.

Plikten til å tilby døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig hjelp vil innebære en oppgaveoverføring fra regionale helseforetak til kommunene. Det uttales at plikten skal fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra regionale helseforetak til kommunene i perioden 2012 til 2015. Det er lagt til grunn et måltall for 2012–2013 på om lag 120 000 liggedøgn og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner (inkludert kapitalkostnader). En del av investeringskostnaden knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikten skal håndteres innenfor ordningen med investeringstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser, basert på de kriteriene som ligger i ordningen i dag.

Når det gjelder kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter, viser oppdaterte tall fra Norsk pasientregister at gjennomsnittlig antall utskrivningsklare liggedøgn i 2007–2009 var om lag 140 000, eller om lag 380 døgnplasser. Gitt en sats på 4 000 kroner innebærer dette at om lag 560 mill. kroner overføres til kommunene fra 2012.

En kommunal medfinansieringsmodell avgrenset til medisinske innleggelser eller behandlinger er anslått til om lag 4,2 mrd. kroner i 2010, inkludert poliklinisk virksomhet. De endelige økonomiske konsekvensene inngår i regjeringens arbeid med statsbudsjettet for 2012, herunder kommuneproposisjonen.

Med hensyn til meldeordningen for spesialisthelsetjenesten knyttet til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 anslår Statens helsetilsyn at det brukes mellom syv og åtte årsverk i Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket for å opprettholde dagens meldeordning. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har anslått sitt behov for årsverk knyttet til meldeordningen i en oppstartsfase til å være i underkant av syv årsverk og noe fram i tid i underkant av ti årsverk. Beregningen av antall årsverk tar høyde for at antall meldinger tidobles sammenliknet med dagens meldeordning (fra 2 000 til 20 000 meldinger i året). Dette innebærer at en overføring av meldeordningen i liten grad vil innebære et økt behov for ytterligere årsverk enn det som allerede i dag er knyttet til ordningen. Det legges videre til grunn at det ikke vil bli behov for ytterligere investeringer hos Kunnskapssenteret knyttet til den foreslåtte overføringen av oppgaver. Da dagens situasjon er at det i de fleste helsetilsyn i fylkene bare er små deler av et helt årsverk som brukes, vil det kun være noen få årsverk som reelt sett

overføres. Disse vil være knyttet til Meldesentralen og de største fylkeskontorene. En flytting av meldeordningen fra Helsetilsynet vil således medføre noe overføring av personell i tillegg til en omdisponering av midler fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret. Det legges til grunn at flytting av meldeordning ikke medfører økte kostnader for helseforetakene.

1.10.2 Oppfølging og evaluering av forslagene

Forslag til endringer i forskrifter og forslag til nye forskrifter vil bli sendt på høring etter at lovforslaget er behandlet og vedtatt av Stortinget. Det tas sikte på at reviderte og nye forskrifter skal tre i kraft samtidig med loven.

Det framholdes at det vil være behov for å følge med på om tiltakene har ønsket effekt, eller om tjenestene svekkes, og at det blir særlig viktig å følge med på om kommunene sørger for kvalitet og rett kompetanse i tjenestene etter at den nye loven er trådt i kraft.

Norges forskningsråd har i 2011 fått oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å starte planleggingen av en følgeevaluering av samhandlingsreformen med sikte på at man kan iverksette en følgeevaluering av reformen fra implementering av reformen i 2012. Følgeevalueringen vil også danne grunnlag for å evaluere om målene med reformen og nytt lovverk er oppnådd etter noe tid.

2. Komiteens merknader

2.1 Generelt om lovforslaget

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Tore Hagebakken, Are Helseth, Tove Karoline Knutsen, Sonja Mandt og Wenche Olsen, fra Fremskrittspartiet, Kari Kjønaas Kjos, Per Arne Olsen og Erlend Wiborg, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Geir-Ketil Hansen, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Laila Dåvøy, har merket seg at det fremlagte lovforslag kommer som en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S (2009–2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. Komiteen har videre merket seg at det fremlagte lovforslag er ment å erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Komiteen vil påpeke at en viktig hensikt med sammenslåingen er å understreke kommunenes helhetsansvar for helse- og omsorgstjenester.

Komiteen ser også at høringsnotat om forslag til ny lov ble sendt på høring 18. oktober 2010 med høringsfrist 18. januar 2011. Komiteen har også registrert at forslag til ny lov om folkehelsearbeid samt forslag til Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 ble sendt ut på høring i samme tidsrom.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti registrerer at flere av høringsinstansene bemerker at flere sentrale punkter i høringen ikke er ferdig utredet fra departementets side, at det har vært kort høringsfrist på så omfattende saker, samt det uheldige i at høringsfristen i tid falt sammen med budsjettarbeid i kommunene.

Komiteen viser til at lovforslaget innebærer at det er behov for å gjøre endringer i 41 andre lover med blant annet vesentlige endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Komiteen ser at de fleste høringsinstanser er positive til forslaget om felles lov, og komiteen deler et slikt syn.

Komiteen registrerer at departementet legger opp til å gjøre helse- og omsorgstjenesteloven til en pliktlov for kommunene, mens pasientrettighetsloven skal endres til å hete pasient- og brukerrettighetsloven og skal hjemle pasienters og tjenestemottakeres rettigheter. Komiteen merker seg at departementet mener en slik inndeling vil gjøre lovverket mer brukervennlig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke at ny inndeling gjør at rettighetene blir mer entydige og helhetlige for pasientene og brukerne, som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunen eller til tjenester både i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil imidlertid understreke at en uttrykt plikt for kommunen til å yte en bestemt tjeneste implisitt også har i seg en rett for noen til å motta denne tjenesten.

Disse medlemmer viser i denne sammenheng til høringsuttalelsen fra Justis- og politidepartementet som uttaler at «… innbyggernes rettigheter og kommunens plikter etter helse- og omsorgslovgivningen er to sider av samme sak». Disse medlemmer viser videre til at samme høringsinstans uttaler følgende: «Særlig hensynet til oversikt og sammenheng i regelverket taler i prinsippet for at ret-

tighetene og pliktene bør komme til uttrykk i samme regelverk.»

Komiteen deler synet på at en felles lov for sosial- og helsetjenestene vil kunne gi et bedre grunnlag for tverrfaglig tilnærming og helhetstenking. Komiteen er imidlertid opptatt av at både helsetjenesten, omsorgstjenesten og sosialtjenesten sin egenart må vektlegges og ivaretas. Komiteen deler også synet på at det er viktig med en samordning av lovverket for første- og andrelinjetjenesten for å kunne fremme samhandlingen mellom forvaltningsnivåene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har registrert at St.meld. nr. 47 (2008–2009) innførte begrepet BEON-prinsippet – beste effektive omsorgsnivå. Disse medlemmer registrerer at lovforslaget konsekvent benytter begrepet LEON-prinsippet for å synliggjøre at pasienter/brukere skal få behandling på laveste effektive omsorgsnivå og på den måten motvirke «overbehandling». Disse medlemmer viser til at LEON-prinsippet er et godt innarbeidet begrep i helse- og omsorgsforvaltningen, og at det er viktig å unngå begrepsforvirring.

Komiteen vil vise til at det var bred tilslutning til hovedretningen i samhandlingsreformen ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, jf. Innst. 212 S (2009–2010) der en samlet komité uttalte:

«Komiteen vil understreke at den norske folkehelsen er god, og at vi har en god helsetjeneste i hele landet. Komiteen konstaterer at Norge er ett av de landene i OECD som bruker flest offentlige helsekroner per innbygger. Men det godtgjøres ikke at den betydelige ressursinnsatsen skaper tilstrekkelig helsegevinst. Komiteen konstaterer videre at det er mange enkeltmennesker som opplever at utredning, behandling og rehabilitering ofte ikke er sammenhengende. Dette er en belastning for enkeltindividet, det er ofte unødvendig, det er dårlig ressursbruk, og det kan være forbundet med helserisiko.

Komiteen vil understreke at de sosiale og geografiske helseforskjellene fortsatt er store, vi har på enkelte områder helsekøer og ventetider som er for lange, og mange livsstilsbetingede sykdommer og helseplager er økende. Vi kan gå mot en tid med mangel på personell til helse-, pleie- og omsorgssektoren dersom vi ikke makter å forebygge bedre slik at færre mennesker blir pasienter.

Komiteen mener at reformen må gjenspeile folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon, samt desentralisering av helsetjenester der dette kan skje uten å svekke kvaliteten – ut fra prinsippet om best mulig nærhet mellom bruker/pasient og de tjenestene som ytes.»

Komiteen vil videre vise til at regjeringen varslet at konkretisering av prosess og løsninger ville komme til Stortinget gjennom forslag til Nasjonal helse- og omsorgsplan, ny lovgivning og i de årlige budsjetter og kommuneproposisjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er tilfreds med den måte regjeringen har fulgt opp dette i de dokumenter som er levert til Stortinget våren 2011.

Komiteen har merket seg at det har vært stor deltagelse i høringsrunder om de dokumenter som nå legges fram, og at hovedtrekkene i reformen med økt satsing på forebygging, desentralisering av helsetjenester, tidlig intervensjon og forebyggende helsearbeid har fått bred støtte.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, har særlig merket seg det positive engasjementet som mange kommuner har vist i arbeidet med å medvirke til en god start og gjennomføring for denne viktige reformen. I en undersøkelse for bladet Kommunal Rapport våren 2011 sier åtte av ti ordførere at de er positive til reformen. Da søknadsfristen gikk ut for de 131 mill. kroner som er bevilget til samhandlingsmidler for 2011, forelå 301 søknader.

Flertallet vil understreke at samhandlingsreformen innebærer en solid tillitserklæring til kommunesektoren og til det lokale folkestyre, og er derfor tilfreds med disse positive tilbakemeldingene. De lovformuleringer som legges fram, sikrer at det kan utformes lokale løsninger som passer til helse- og omsorgsutfordringer og fysiske muligheter i den enkelte kommune, samtidig som det sikres god kvalitet på tjenestene. Flertallet vil peke på at utgangspunktet for reformen er de positive erfaringer fra mange samarbeidsprosjekt mellom kommuner og mellom kommuner og deres nærmeste sykehus om å tilby flere helsetjenester nærmere der folk bor. De gode erfaringene fra Partnerskap for folkehelse er også hensyntatt. Flertallet mener det fortsatt må legges stor vekt på at alle kan lære av erfaringene til dem som lykkes best.

Flertallet er tilfreds med det store engasjementet som har vært også i den offentlige debatten om samhandlingsreformen og om helse- og omsorgstjenestene generelt. En slik debatt der mange med ulike ståsted og standpunkt deltar, er viktig for vårt demokrati. Det er bra også for å rekruttere til denne sektoren at det så tydelig vises fra regjeringen og fra

Stortinget at det planlegges for framtiden, og at det er stort engasjement for å bedre folkehelsen ved at flere skal holde seg friske lenger.

Komiteen vil understreke at de omfattende lovendringene som nå behandles, ikke alene er utløst av samhandlingsreformen. Det har lenge vært et behov for å samordne og rydde opp i de kommunale lovene og i lovene på tilgrensende områder. Det er en klar fordel for innbyggerne at ansvar for tjenester avklares bedre for å unngå gråsoner og andre uklarheter som gir unødig venting og avbrudd i behandlingskjeder der flere bidrar.

Komiteen har forståelse for at noen frykter for at opparbeidede rettigheter skal gå tapt når viktige lover endres og slås sammen. Komiteen vil derfor understreke at ingen rettigheter som følger av dagens lovgivning, skal svekkes som følge av denne lovprosessen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, har merket seg de mange synspunkter på at loven i større grad enn de tidligere er en fullmaktslov, slik at mye av konkretiseringen overlates til forskrifter som vil bli fastsatt av regjeringen. Flertallet støtter det valg som regjeringen her har gjort med den begrunnelse som er gitt. Flertallet vil understreke at det i arbeidet med nye og endrede forskrifter må legges stor vekt på å ha åpenhet for synspunkter fra folkevalgte organer og brukerorganisasjoner fordi loven handler om noen av de viktigste velferdstjenestene. Der det legges opp til større endringer, bør også Stortinget delta i prosessen for eksempel ved omtale i budsjettproposisjoner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti registrerer at det ikke er foreslått endringer i hvilke sanksjonsmuligheter tilsynsmyndighetene har ved brudd på lovfestede rettigheter. Disse medlemmer vil vise til innstilling fra justiskomiteen til representantforslag fra stortingsrepresentantene Robert Eriksson, Bent Høie, Trine Skei Grande og Per Sandberg om en helhetlig gjennomgang av brudd på lovfestede rettigheter, jf. Innst. 297 S (2010–2011), og de merknader som fremkommer der.

Komiteen vil understreke at det er alvorlig når eksisterende lovfestede rettigheter ikke innfris. Komiteen vil understreke viktigheten av at det finnes kontrollmekanismer og klageordninger som sikrer og påser at reglene følges, slik Stortinget har vedtatt.

Komiteen deler departementets syn og støtter intensjonen om å tydeliggjøre kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som et «sørge for- ansvar» på linje med hvordan dette ansvaret er regulert for spesialisthelsetjenesten. Begrepet «sørge for» pålegger kommunen ansvaret for at tjenesten gjøres tilgjengelig for dem som har rett til å motta tjenester. Komiteen viser til at kommunen er ansvarlig for at tjenesten ytes, men kan velge mellom enten selv å utføre tjenestene eller å inngå avtaler med private, andre kommuner eller helseforetak.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil vise til at «sørge for-ansvaret» også omfatter krav til kompetanse og forsvarlig kvalitet i tjenestene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at lovens tittel er foreslått å være «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)». Disse medlemmer mener det er uheldig ikke å synliggjøre kommunens ansvar også for det sosialfaglige gjennom lovens tittel. Disse medlemmer reagerer på en slik utvidet bruk av omsorgsbegrepet som loven legger opp til, da det kan oppleves som en sykeliggjøring av mennesker som ikke har behov for helsehjelp, men for eksempel behov for praktisk og personlig bistand. Disse medlemmer vil derfor fremme følgende forslag om at lovens tittel endres:

«Lovens tittel skal lyde:

Lov om kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenester m.m. (helse-, omsorgs- og sosialtjenesteloven)»

Disse medlemmer registrerer at departementet legger opp til en lov på et overordnet nivå. Disse medlemmer mener det er uheldig at lovforslaget blir så utydelig at det ikke er lett å se hva slags helsetjenester, omsorgstjenester og sosiale tjenester kommunen har plikt til å yte, og den enkelte bruker og pasient har rett til å motta. Disse medlemmer viser videre til at det ikke klart fremgår av loven hvilken kvalitet og hvilket omfang det skal være på tjenestene.

Disse medlemmer registrerer at loven på hele 28 punkter åpner opp for ytterligere forskriftsfesting. Disse medlemmer mener dette er en svært uheldig innretning på loven fordi det overfører stor grad av avgjørelsesmyndighet og konkretisering av kvalitet og omfang fra storting og til regjering/departement på et felt som er av stor viktighet og nasjonal betydning i vårt velferdssamfunn.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at en viktig grunn til at en lyktes med innføringen av fastlegereformen, var at det ble satset på pilotering og etterfølgende evalueringer som grunnlag for den nasjonale gjennomføringen. Disse medlemmer er av den oppfatning at flere av de virkemidlene som det nå legges opp til, burde ha gjennomgått en tilsvarende utprøving og evaluering før de innføres på bred basis.

Disse medlemmer er også av den oppfatning at lovforslaget i altfor stor grad vektlegger kommunens rett til å bestemme innholdet i tjenestene på bekostning av brukernes rettssikkerhet. Disse medlemmer mener at en viktig forutsetning for å kunne ha et likeverdig tilbud i alle landets kommuner er at det stilles krav til tjenestetilbudets innhold, omfang, kvalitet og til tjenesteyternes kompetanse. Disse medlemmer opplever at det fremlagte lovforslaget går i motsatt retning, og at de store forskjellene en ser mellom kommunene i dag, vil økes ytterligere. Disse medlemmer merker seg også kommunenes bekymringer for det som omtales som «den stille reformen», hvor kommunene stadig får nye oppgaver uten at de fullfinansieres fra staten. Disse medlemmer har også merket seg helseforetakenes bekymringer for de økonomiske uttrekkene som det hevdes vil kunne gi et forringet pasienttilbud.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at Fremskrittspartiet i en årrekke har foreslått en statlig finansiering av helse- og omsorgstilbudet, noe som ville ha ført til at både helseforetak og kommuner i langt større grad hadde kunnet konsentrere seg om kvaliteten på tjenestetilbudet og gode pasientforløp. Disse medlemmer viser videre til at dagens ordning med finansiering av to ulike forvaltningsnivå kan gi løsninger som er samfunnsøkonomisk dyrere og av dårligere kvalitet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser også til at lovforslaget legger opp til utstrakt bruk av avtaler mellom ulike parter. Disse medlemmer viser til viktigheten av at slike avtaler bygger på felles plattformer og langt større grad av avklarte ansvarsområder enn det lovforslaget legger opp til, noe som ikke minst er viktig for tilsynsmyndighetenes arbeid.

Disse medlemmer merker seg at lovforslaget legger opp til profesjonsnøytralitet av hensyn til det kommunale selvstyre. Disse medlemmer er uenig i en slik tilnærming og mener det er viktig å videreføre et lovkrav om visse nøkkelprofesjoner i tillegg til fastlegene innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer viser til at andelen ufaglærte i primærhelsetjenesten i dag er på rundt 28 prosent, og på enkelte institusjoner er hele 80 prosent av de ansatte uten helsefaglig bakgrunn. Manglende lovkrav om fagutdanning vil etter disse medlemmers oppfatning ikke bidra til å bedre dette. Disse medlemmer viser til at Telemarkforskning har utarbeidet en rapport for KS som viser at det er billigere for kommunene med høyere kompetanse, og at tilbudet til brukerne da blir styrket.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, merker seg at lovforslaget legger opp til profesjonsnøytralitet på samme måte som lov om spesialisthelsetjenesten. Flertallet viser til sine merknader om dette under kap. 2.3.2. og 2.3.3.

Komiteen er enig i prinsippet i samhandlingsreformen om at større deler av pasientforløpene skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men har understreket viktigheten av at pasienter som har behov for tjenester på spesialistnivå, fortsatt skal få det.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at kommunene må bygge opp fasiliteter og kompetanse for å kunne løse de nye oppgavene, og at det vil koste penger. Disse medlemmer er uenig i at RHF-ene skal tappes økonomisk for hvert liggedøgn kommunene klarer å håndtere selv. En slik overføring av oppgaver vil føre til en økonomisk pukkeleffekt som ikke regjeringen har tatt høyde for.

Disse medlemmer mener det ikke er mulig å foreta uttrekket fra sykehusene i den størrelsesorden regjeringen skisserer. Disse medlemmer går derfor inn for at det innføres forsøksordninger i flere kommuner før en gjør det til en lovfestet plikt å ivareta øyeblikkelig hjelp-funksjon med innleggelse i kommunal institusjon.

Komiteen viser til at det i senere år har vært mange og vellykkede samhandlingsprosjekt i en rekke kommuner. Det er allerede bygd opp tolv distriktsmedisinske sentre rundt om i landet, og syv til er under planlegging. Det er videre mange eksempler på kommuner som har slått seg sammen og driver felles legevakt. Komiteen mener eksemplene viser at samhandlingsreformen er godt i gang og har medført et bedre tilbud for pasientene, bedre fagmiljøer og bedre utnyttelse av ressursene.

Komiteen mener at det er viktig å sikre et lokalpolitisk handlingsrom for å tilpasse tjenestetil-

budet til ulike behov og prioriteringer. Dette kan imidlertid ivaretas gjennom frihet til å utforme tjenestene på ulike måter, uten at kravene til kvalitet og den enkelte brukers rettigheter svekkes.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at lovforslaget ikke legger tilstrekkelig vekt på brukernes rettssikkerhet. Det vide rommet for skjønnsmessige vurderinger av den enkeltes rett til tjenester og den sterkt begrensede adgangen for klagemyndighetene til å omgjøre vedtakene, gir den kommunale administrasjonen for mye makt overfor den enkelte borger. Videre innebærer profesjonsnøytraliteten en svekkelse av kravene til kompetanse, til tross for at samhandlingsreformen krever mer kompetanse i kommunene. Selv om det stilles eksplisitte krav til kompetanse i de kommunale tjenestene, vil det fortsatt være mulig for kommunene å sette sammen og bruke kompetansen på ulike måter avhengig av lokale forhold.

2.2 Struktur, formål og virkeområde – forholdet til annen lovgivning

Komiteen vil understreke at det overordnede målet med lovforslaget er å legge til rette for bedre samhandling, større tverrfaglig samarbeid og helhetlige løsninger i kommunene. Befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at det i en årrekke har vært en målsetting om tilgang til likeverdige helse- og omsorgstjenester uansett hvor en bor i landet, og uavhengig av diagnose, behov, alder, kjønn og personlig økonomi. Disse medlemmer vil hevde at den manglende likeverdigheten en ser i dag, er symptomer på et system som ikke er godt nok til å oppnå målsettingen. Disse medlemmer vil vise til at før lov om kommunehelsetjenester ble innført i 1982, hadde den enkelte krav på å få refundert utgifter for lege, fysioterapeut og andre helsetjenester fra folketrygden. I forbindelse med innføringen av loven ble bevilgningene over trygdebudsjettet vesentlig redusert og beløpet overført kommunene gjennom rammeoverføring. Disse medlemmer viser til at ulike kommunale prioriteringer, samt et lovverk hvor det har vært problematisk å identifisere den enkelte pasient/bruker sine rettigheter, har ført til at kvalitet og omfang på tjenester varierer kraftig. Disse medlemmer vil også vise til det svarteperspillet som har foregått i de siste tiårene, hvor kommunene stadig har blitt pålagt nye oppgaver fra staten uten at disse har vært fullfinansiert. Disse medlemmer viser til at pleie- og omsorgssektoren gjennomgående har vært den største kommunale sektoren, og at økonomiske nedskjæringer som følge av redusert kommuneøkonomi ofte har rammet dette tilbudet. Disse medlemmer viser til Fremskrittspartiets primære syn om at staten, gjennom folketrygden, skal finansiere helse- og omsorgstjenester. Disse medlemmer viser til at et slikt grep er en nødvendig forutsetning for å kunne oppnå likeverdige tjenester, og at tjenesteutøvere da kunne konsentrere seg om kvalitet på tjenestene og pasienters og brukeres behov.

2.2.1 Formål

Komiteen viser til at formålsbestemmelsen er utformet som et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at den skal bidra til å fremme samhandling med spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at formålsbestemmelsen favner godt om det kommunenes helseomsorgstjenester skal ivareta, og underbygger at likeverdige helse- og omsorgstjenester er viktig for befolkningens helse, velferd og trygghet. Flertallet ser det som positivt at formålsparagrafen viser et sterkt mål om ikke bare å fokusere på behandling av sykdom, men òg på forebygging og mestring av sykdom.

Komiteen ser at departementet har imøtekommet de vesentligste innsigelsene fra høringsinstansene til lovens formålsbestemmelse.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil påpeke at lovforslaget synes å ha ulike ambisjonsnivå, og at formålsbestemmelsen i så måte har det høyeste ambisjonsnivået.

Disse medlemmer ser at formuleringene i formålsbestemmelsen kan være vanskelig å oppnå i praktisk sosialt arbeid i alle landets kommuner, men at de må oppfattes som et ideal å strekke seg mot, og være førende for arbeidet som gjøres. Disse medlemmer kan heller ikke se at det gjennom lovforslaget innføres en rettslig plikt for kommunene til å oppnå disse målene fullt ut.

Disse medlemmer viser også til at det for flere av målene vil være ulik oppfatning av om en beveger seg i retning av måloppnåelse. Ulike pasienter/tjenestemottakere vil kunne ha ulik oppfatning av hva som for eksempel menes med en «aktiv og meningsfylt tilværelse».

Disse medlemmer har merket seg at brukermedvirkning reguleres i pasientrettighetsloven.

Disse medlemmer vil vektlegge at for flere av målenes vedkommende vil den som mottar tjenestene, kunne ha en kvalifisert oppfatning av hva som ligger i målet for den enkelte, på samme måte som fagpersonell vil kunne ha en kvalifisert oppfatning om det faglige.

Disse medlemmer viser til at lovforslaget gir uttrykk for at en tjenestemottaker skal sikres en minimumsstandard. Disse medlemmer deler ikke denne tilnærmingen og vil vise til at det i samfunnet for øvrig er fokus på «god praksis». Disse medlemmer mener at dette må være en målsetting også for helse- og omsorgstjenestene. Disse medlemmer vil i den forbindelse vise til behovet for et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten inklusiv et indikatorsystem som kan støtte helsepolitisk styring, virksomhetsstyring og intern kvalitetsforbedring, og støtter lovfestingen av Helsedirektoratets ansvar som fastsettes i lovforslaget § 12-5. Disse medlemmer mener det er viktig at nasjonale veiledere bygger på et holistisk menneskesyn og på den måten kan underlette det tverrfaglige samarbeidet.

Disse medlemmer viser til at utformingen av lovforslaget § 3-1 sammenholdt med forslag til ny § 2-1a i pasient- og brukerrettighetsloven gjør det vanskelig for tjenesteytere og tjenestemottakere å identifisere hvilke tjenester søkere har rettskrav på, og hva slags funksjons- og helsesvikt som utløser retten til helse- og omsorgtjenester.

2.2.2 Virkeområde

Komiteen har merket seg uttalelser om lovens stedlige virkeområde og slutter seg til nødvendigheten av å vurdere om hele eller deler av lovgivningen skal gjøres gjeldende også for Svalbard. Komiteen ser frem til å få seg forelagt en slik gjennomgang og vurdering.

Komiteen deler vurderingen av at grensedragning mellom kommunehelsetjenestens ansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar, i den grad det ikke fremgår av lovverket, må skje i forskrifts form slik at berørte parter får anledning til å uttale seg gjennom en forsvarlig høringsrunde.

Komiteen vil understreke betydningen av at pasienter får sin behandling på rett nivå.

Komiteen viser til at når det gjelder for eksempel diabetespasienter, så er det grunn til å gå ut fra at pasienter med type 1-diabetes langt oftere vil ha behov for behandling av spesialisthelsetjenesten enn pasienter med type 2-diabetes, som i stor grad kan få en adekvat behandling og oppfølging i kommunehelsetjenesten. Disse medlemmer viser til at behandling av type 2-diabetes i hovedsak baserer seg på opplæring til egenomsorg for å holde blodsukkeret på et normalt nivå, og at dette er av stor betydning for å unngå alvorlige komplikasjoner.

Komiteen vil understreke viktigheten av at forskrifter og avtaler må avklare hvem som har ansvaret for tjenester som befinner seg i gråsonen, og hvem som har ansvaret for finansiering av disse. Komiteen vil i denne forbindelse peke spesielt på behandlingskjeder innen rusbehandling, psykisk helse, habilitering og rehabilitering, samt samarbeidsløsninger som intermediære avdelinger og distriktsmedisinske sentre. Komiteen imøteser også en vurdering av hvilke tiltak som kan iverksettes hvis ikke avtaler blir inngått.

Komiteen har merket seg at departementet ønsker en klar grensedragning mellom lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, slik at sammenblanding av lovene kan unngås.

Komiteen ser at departementet søker å definere den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at det i dette begrepet også inngår det sosialfaglige arbeidet som utføres i kommunene eller av private med avtale med kommunen. Komiteen vil understreke at det sosialfaglige arbeidet, slik det er skissert i lovens formålsbestemmelse, også skal være førende for innretningen på kommunens tjenestetilbud.

Komiteen ser også at private tilbydere uten avtale med kommunen kan omfattes av loven, og at dette reguleres i egen forskrift.

2.2.3 Definisjoner og begrepsbruk

Komiteen har registrert at departementet fremholder at bruken av begrepet «pasient» om en person som mottar helsehjelp, er så godt innarbeidet at det fører til at begrepet tjenestemottaker ikke er egnet, da dette omfatter både pasienter og brukere. Komiteen ser derfor at departementet lander på begrepene «pasient» og «bruker». Komiteen deler synet på at begrepet «pasient» er godt innarbeidet, men er samtidig klar over at begrepet «bruker» er omdiskutert og til dels dårlig likt blant mange tjenestemottakere av sosiale tjenester/omsorgstjenester. Komiteen merker seg departementets vurdering på dette området og deler den oppfatning at de nevnte definisjonene bør klargjøres i pasient- og brukerrettighetsloven.

2.2.4 Forholdet til spesialisthelsetjenesten

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, deler den oppfatning at et detaljert lovverk med klare grensedragninger mellom det som er spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, og det som er kommunenes ansvarsområde, vil kunne virke hemmende på å finne gode samhandlingsløsninger. Flertallet vil likevel understreke at

departementet legger opp til at kommunens ansvar kan beskrives i det foreliggende lovforslag med tilhørende forskrifter, mens de regionale helseforetakenes og helseforetakenes ansvar er beskrevet i spesialisthelsetjenesteloven.

Komiteen ser at det vil være noen overlappinger og gråsoner, og vil understreke viktigheten av at disse avklares gjennom å finne hensiktsmessige løsninger som tar hensyn til forutsetninger og behov.

Komiteen slutter seg til at det innføres et lovpålagt avtalesystem som klargjør rolle- og oppgavefordeling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Komiteen støtter at det etableres et nasjonalt organ som kan håndtere uenighet mellom avtalepartene. Komiteen vil imidlertid understreke viktigheten av at pasienter og brukere uansett må få nødvendig hjelp og ikke bli skadelidende som følge av manglende avklaringer mellom forvaltningsnivåene.

Komiteen vil understreke at det er en avgjørende forutsetning for samhandlingsreformen at tjenestenivåene samarbeider godt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Flertallet har også merket seg at departementet på tilsvarende måte kan gi forskrifter etter spesialisthelsetjenesteloven med hensyn til hva som skal anses for å være spesialisthelsetjenester.

Komiteen vil understreke at departementet som eier av de regionale helseforetakene i foretaksmøtet eller gjennom oppdragsbrev kan pålegge de regionale helseforetakene å inngå lovpålagt avtale med kommunene, dersom slik avtale ikke inngås. Departementet kan videre stille som krav at avtale er inngått før tildeling av tilskudd til samhandlingsprosjekter for kommunene.

Komiteen vil også vise til at dersom en kommune eller et regionalt helseforetak unnlater å inngå avtale, vil dette være i strid med loven, noe tilsynsmyndighetene vil kunne reagere mot, jf. lovforslaget § 12-3 om statlig tilsyn.

Komiteen har merket seg at det ikke legges opp til sanksjonsmuligheter i lovverket i forbindelse med de lovpålagte avtalene.

Komiteen vil også peke på at avtalesystemet må ta høyde for at samarbeidende kommuner enkelte steder vil kunne høre inn under ulike helseforetak.

2.2.5 Forholdet til andre lover

2.2.5.1 Helsehjelp

Komiteen registrerer at definisjonen av «helsehjelp» endres i helsepersonelloven, slik at denne blir i samsvar med tilsvarende definisjon i pasientrettighetsloven hvor også «pleie- og omsorgsformål» inngår i begrepet.

2.2.5.2 Helsepersonell

Komiteen har merket seg at en konsekvens av at skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester opphører, er at det blir vanskeligere å skille mellom helsepersonell og annet personell. Komiteen har merket seg at departementet gjennom forskrift ønsker å regulere hvordan de ulike bestemmelsene i helsepersonelloven skal gjelde for personell som ikke er helsepersonell, men som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Komiteen konstaterer at definisjonen av helsepersonell i helsepersonelloven som konsekvens videreføres.

2.2.5.3 Nav-personell

Komiteen deler synet på at personell som arbeider med utgangspunkt i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, ikke skal omfattes av helsepersonellovens regler. Komiteen ser at dette som konsekvens fører til at Nav-ansatte som også utfører tjenester etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vil måtte forholde seg til taushetspliktregler i ulikt regelverk.

2.2.5.4 Helseinstitusjon

Komiteen har merket seg at flere høringsinstanser ikke støtter departementets forslag om å videreføre gjeldende rett for videreføring av begrepet helseinstitusjon i helsepersonelloven. Komiteen ser at alle institusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven, herunder også barneboliger, avlastingsboliger og aldershjem faller innenfor definisjonen i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd.

Komiteen er kjent med det landsomfattende tilsynet i 2009 ved barneboliger og avlastningsboliger, hvor det ble avdekket avvik fra regelverket ved tre av fire virksomheter. Komiteen er opptatt av at det etableres et regelverk som på best mulig måte kan sikre disse barna forsvarlige helsetjenester.

Komiteen viser til at begrepet institusjon også benyttes i pasientskadeloven, og at en eventuell utvidelse av pasientskadelovens anvendelsesområde i eksisterende definisjon må utredes med hensyn til økonomiske og administrative konsekvenser. Komiteen har merket seg at det foreslås at departementet gjennom forskrift skal regulere hvilke institusjoner som skal regnes som helseinstitusjoner.

Komiteen har videre merket seg at departementet vurderer om institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, fortsatt bør holdes utenfor virkeområdet til pasientskadeloven.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti er av den oppfatning at innslaget av helsehjelp kan være så omfattende også i aldershjem og boliger for barn under 18 år, at også disse burde komme under betegnelsen kommunale helseinstitusjoner. Disse medlemmer ser at mange av barna i barnebolig har sammensatte og langvarige behov for helsehjelp og andre tjenester, og finner det underlig at de skal falle utenfor den nye loven, mens de kommer innenfor når de fyller 18 år. Disse medlemmer viser til at en mulig måte å løse dette på er å benytte begrepet «helse- og omsorgsinstitusjon».

2.2.5.5 Forsvarlig yrkesutøvelse

Komiteen deler den oppfatning at det er behov for å understreke den enkelte ansattes ansvar for å yte forsvarlige og gode tjenester. Komiteen er også tilfreds med at departementet fastslår at forsvarlighetskravet knyttes til den enkeltes kvalifikasjoner og kompetanse, og at det understrekes at personell ikke skal gå inn i situasjoner de ikke er kvalifisert til å håndtere. Komiteen vil understreke at med den store andelen ufaglærte en har i dagens kommunale helse- og omsorgstjenester, er det et ledelsesansvar å informere om lovkravene på dette området og et ansvar for den enkelte å etterleve dem. Komiteen deler synet på at forsvarlighetskravet vil utvikles i takt med kunnskapen innenfor helse- og omsorgsfagene, og at tilsynsmyndigheters beslutninger og domstolsavgjørelser her må være førende for hva som blir det konkrete innholdet i forsvarlighetskravet.

Komiteen mener det er viktig at både politisk og administrativ ledelse tar ansvar for god kvalitet og pasientsikkerhet i helseforetak og i kommunale virksomheter. Det må legges til rette for at helsepersonell kan gi helsehjelp av høy kvalitet og ivareta pasientsikkerheten. Komiteen understreker derfor betydningen av at ansvaret for kvalitet og pasientsikkerhet er lovfestet også for virksomhetene, ikke bare for helsepersonell.

2.2.5.6 Taushetsplikt og opplysningsplikt

Komiteen registrerer at det foreslås endringer og samordninger i reglene for taushetsplikt. Komiteen vil understreke viktigheten av at den forvaltningsmessige og den yrkesmessige taushetsplikten opprettholdes av personvernhensyn, men at taushetsplikten ikke må være til hinder for å gi nødvendig helsehjelp.

Komiteen vil understreke at helsepersonelloven pålegger helsepersonell å gi opplysninger til nødetater, sosialtjenesten og barnevernstjenesten for å avverge skade på personer eller opplyse om forhold som kan føre til tiltak fra sosial- eller barnevernstjenestens side. Komiteen vil spesielt peke på betydningen av at helsepersonell er oppmerksomme på psykiske eller fysiske skader som oppstår som følge av vold i nære relasjoner.

Komiteen ser også at samordningen av lovverket fører til at flere yrkesgrupper får opplysningsplikt for å avverge skade på person og eiendom.

2.2.5.7 Dokumentasjonsplikt

Komiteen er enig i at det i regelverket bør differensieres mellom hvilket personell som skal ha dokumentasjonsplikt, og hvilke opplysninger som skal være journalpliktige. Dette fordi behovet for dokumentasjon vil variere mellom ulike tjenester, og fordi man slik kan unngå innhenting av unødvendig og lite relevant informasjon. Komiteen merker seg at flere høringsinstanser deler dette synet.

Komiteen vil peke på at en del dokumentasjon kan oppleves som svært inngripende i den enkelte brukers privatliv, og at det er fare for at innføring av dokumentasjonsplikt kan bidra til en utvikling av tjenesten som ikke tjener den enkelte bruker.

2.3 Kommunens ansvar og plikter

2.3.1 Kommunens sørge for-ansvar

Komiteen er tilfreds med at loven slår fast at det er kommunens ansvar å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys tjenester etter loven. Komiteen understreker viktigheten av at begrepet «oppholder seg» benyttes og at ansvaret ikke begrenses til bostedsadresse. Komiteen vil også understreke at det fortsatt er kommunens ansvar at tjenester etter loven ytes selv om kommunen har inngått avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere om å stå for tjenesteutførelsen.

2.3.2 Overordnede prinsipper for kommunens plikter

Komiteen har merket seg at departementet i sterk grad vektlegger at kommunene skal ha organisasjonsfrihet. Komiteen ser også at departementet legger opp til et profesjonsnøytralt lovverk med begrunnelse i den samme organisasjonsfrihet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at en slik tilnærming kan føre til store kvalitetsmessige ulikheter i helse- og omsorgstilbudet i landet.

Disse medlemmer viser til at samhandlingsreformen fører til at kommunene skal ta et større ansvar for helse- og omsorgstjenester til flere pasientgrupper. Dette krever økt kompetanse, og det er derfor uheldig at kompetansekravene svekkes i lovforslaget sammenliknet med gjeldene lovgivning. Disse medlemmer mener at spesifikke kompetansekrav må opprettholdes og styrkes, samtidig som kommunene gis frihet til å sette sammen og bruke kompetent personell på ulike måter.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, støtter at kommunene gis større frihet til organisering av sine tjenester. Det innebærer at tjenestene kan tilpasses lokale forhold og behov, at ressursene utnyttes effektivt til fordel for innbyggerne, og at tjenestene raskt kan tilpasses når nye behov eller ny kunnskap tilsier dette.

Loven bygger på prinsippet om profesjonsnøytralitet på samme vis som i lov om spesialisthelsetjenester. Flertallet vil vise til at kvalitet sikres gjennom lovens krav om faglig forsvarlighet i tjenestene som legger klare føringer på kommunen og sikrer at tjenesten bemannes med kvalifisert personell. Flertallet mener det er viktig at det i forskrift kan settes krav til innhold i tjenesten, herunder bestemmelse om kompetansekrav for ulike typer tjenester. En detaljert opplisting i lovteksten vil være sårbar ved endrede utfordringer og endret vektlegging av tjenestetilbud og behandlingsmåter. Flertallet vil vise til at det i dag er 29 autoriserte helsepersonellgrupper, og at det finnes en rekke personellgrupper som ikke har egen autorisasjonsordning.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til at en rekke personellgrupper innenfor dagens sosialtjenestelov ikke omfattes av en egen autorisasjonsordning.

I Ot.prp. nr. 13 (1998–99) står følgende:

«Godkjenning/autorisasjon av helsepersonellgrupper er et offentlig styringssystem. Hovedformålet med styringsmiddelet er å bidra til nødvendig kompetanse og kvalitet i helsetjenesten.»

Fellesorganisasjonen mener i sitt høringsinnspill til komiteen at sosialfagprofesjonene bør gis offentlig autorisasjon på samme måte som helsefagprofesjonene. Blant helse- og sosialprofesjonsutdanninger er det kun barnevernspedagoger og sosionomer som ikke har autorisasjonsordning.

Disse medlemmer vil vise til at departementet i forbindelse med dette lovarbeidet ikke har vurdert hvorvidt nye personellgrupper bør omfattes av helsepersonellovens autorisasjonsordning. Disse medlemmer mener det bør iverksettes en slik vurdering.

Komiteen vil understreke at med de økte oppgaver kommunene vil få som følge av samhandlingsreformen, er det av vesentlig betydning at kvaliteten på tilbudet sikres.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at mange kommuner i dag synes å la økonomiske hensyn veie tyngre enn kvalitet og faglig standard på tjenestene. Disse medlemmer vil bemerke at hensynet til rettssikkerhet, likhet og likeverd tilsier en viss statlig styring, og at forsvarlighetskravet alene ikke vil være tilstrekkelig til å holde kommunenes tjenestetilbud på ønskelig nivå.

Komiteen har merket seg at departementet har kommet til at det ikke bør lovfestes innholds- eller kompetansekrav, men viser til at det blant annet foreslås lovfesting av forsvarlighetskrav og av bestemmelser om pasientsikkerhet. Komiteen registrerer også at det i lovforslaget er foreslått en bestemmelse om kommunens ansvar for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse.

Komiteen registrerer at den foreslåtte lovtekniske innretningen med overordnet, profesjonsnøytral lov fører til at mange høringsinstanser uttrykker bekymring for redusert faglighet og nedprioritering som en konsekvens.

Komiteen vil understreke at det er et mål at tjenestemottakerne skal møte en helhetlig, samordnet helse- og omsorgstjeneste preget av helhetlige tiltakskjeder.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, ber departementet følge utviklingen nøye og eventuelt styrke kvalitets- og kompetansekravene ytterligere gjennom forskrift.

2.3.3 Kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester

Komiteen er tilfreds med at departementet opprettholder forslaget om lovfesting av skolehelsetjenesten og helsestasjonstjenesten. Komiteen har merket seg at intensjonen er å videreføre gjeldende rett. Komiteen vil understreke viktigheten av at disse tjenestene fortsatt i hovedsak må være et befolkningsrettet lavterskeltilbud basert på tverrfaglighet, noe som etter komiteens oppfatning har vært en suksessfaktor for helsestasjonenes vedkommende. Komiteen vil påpeke at skolehelsetjenesten med fordel kan trekkes langt sterkere inn i et tverrfaglig samarbeid i kommunene uten at den mis-

ter sitt særpreg som en trygg, lett tilgjengelig arena hvor barn og unge kan få hjelp til å uttrykke, sortere og behandle sine bekymringer og problemer.

Komiteen viser til at Stortinget ved flere anledninger har gitt uttrykk for at jordmortjenesten i kommunen må styrkes.

Komiteen viser også til Dokument 8:121 S (2010–2011), jf. Innst. 417 S (2010–2011), og statsrådens brev til komiteen om tiltak for å styrke kapasiteten og kvaliteten i den kommunale jordmortjenesten, herunder at finansieringsordningen for jordmortjenesten skal gjennomgås.

Komiteen viser videre til komiteens uttalelse i Innst. 212 S (2009–2010):

«Komiteen mener utvidelsen av antallet leger i primærhelsetjenesten må suppleres med flere helsefaggrupper i tjenesten, for eksempel spesialsykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, og ernæringsfysiologer. Helsestasjonene skal styrkes. Det bør stimuleres til at disse tilbudene samles i de lokalmedisinske sentrene.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til sine merknader under kap. 2.3.2.

Flertallet vil vise til at det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenestene er av omfattende karakter, og det vil kreve tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse. Flertallet støtter forslaget om en i all hovedsak profesjonsnøytral lov. En detaljert opplisting av enkelte profesjonsgrupper i loven vil kunne gi inntrykk av en prioritering som kan være uheldig, for eksempel for pasient eller brukergrupper med særskilt behov for tjenester fra profesjonsgrupper som ikke er opplistet i loven.

Flertallet merker seg at bestemmelsene om faglig forsvarlighet i tjenesten, jf. lovforslaget § 4-1, legger klare føringer på kommunen og sikrer at tjenesten bemannes med kvalifisert personell. I lovforslagets § 4-1 første ledd bokstav d er kommunens ansvar for å sørge for tilstrekkelig fagkompetanse i de ulike tjenestene presisert, og i bestemmelsens andre ledd er det foreslått hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om ansvaret. I forlengelsen av dette vil flertallet også vise til at det i lovforslagets § 3-2 andre ledd fremgår at departementet kan gi forskrifter om krav til innhold i tjenestene, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Når det gjelder psykisk helsearbeid i kommunen, vil flertallet vise til at det har vært en betydelig satsing på kompetanseheving innen psykisk helse i kommunal sektor, blant annet tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge og modellutprøving av psykologer i kommunen.

Flertallet viser til at kommunene i dag har et klart ansvar for å sørge for psykisk helsetjeneste, og flertallet legger til grunn at dette er en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester som vil falle inn under den overordnede regulering av helse- og omsorgstjenester. Flertallet viser også til at det i lovforslaget er inntatt en presisering av at blant annet psykisk helse vil være omfattet av kommunens sørge for-ansvar, og at det her fremgår at kommunens ansvar skal omfatte alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at lovforslaget på grunn av sin profesjonsnøytrale form kan føre til at kommuner ansetter personell uten den nødvendige fagkompetansen i helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer mener det er en uønsket utvikling.

Disse medlemmer mener det er visse yrkesgrupper som den kommunale helsetjenesten er helt avhengig av for å kunne ha et faglig forsvarlig tilbud. Disse medlemmer deler derfor ikke departementets syn på en profesjonsnøytral lov hvor kun fastleger nevnes som yrkesgruppe. Disse medlemmer vil understreke at selv om det foreslås å ta inn flere yrkesgrupper i lovteksten, så innebærer ikke det en begrensning som hindrer kommunen i å benytte andre yrkesgrupper til å løse sine oppgaver og tjenester innenfor helse- og omsorgsfeltet. Bruken av begrepet «herunder» synliggjør det. Disse medlemmer vil også understreke at det at disse yrkesgruppene nevnes i sammenheng med utredning, diagnostisering og behandling, ikke setter en begrensning for at disse yrkesgruppene også kan benyttes til oppgaver som ikke faller inn under disse begrepene. Disse medlemmer vil også minne om at blant annet folketrygdloven har reguleringer av hvem som kan sette diagnoser. Disse medlemmer er oppmerksom på at kommunene ikke har lovfestet plikt i dag til å sørge for psykologtjeneste. Disse medlemmer er imidlertid av den oppfatning at dette er en nødvendig presisering, både som konsekvens av opptrappingsplanen for psykisk helse og av hensyn til de oppgaver kommunene skal ha ansvar for som følge av samhandlingsreformen. Disse medlemmer peker på at det derfor må utarbeides en plan for å sikre psykologkompetanse i kommunene.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) skal § 3-2 første ledd nr. 4 lyde:

Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning, psykologtjeneste, sykepleietjeneste, fysioterapitjeneste og jordmortjeneste»

2.3.3.1 Hjelp ved ulykker/andre akutte situasjoner, legevakt, nødmeldetjeneste

Komiteen registrerer at departementet som følge av høringen har kommet til at kommunens plikt til å organisere legevakt fortsatt må tydeliggjøres i loven, og komiteen støtter dette. Komiteen viser til at kommunene i tillegg til medisinsk akuttberedskap må ha prosedyrer for å håndtere psykiatriske og rusrelaterte akuttilstander, samt kunne sikre omsorgstjenester/sosiale tjenester ved akutte situasjoner.

«Komiteen viser til at Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) på oppdrag fra Helsedirektoratet har utarbeidet et forslag til handlingsplan for legevakt. I sin situasjonsanalyse konkluderer senteret med at det er et stort potensial for bedre samhandling mellom legevakten og andre kommunale tjenester. Nklm mener også at legevakttjenestene ikke har utviklet seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklingen en har hatt i resten av helsetjenesten de siste 10 årene. Over 2 millioner av landets befolkning er i kontakt med legevakten årlig. Komiteen ber regjeringen om å styrke faglige og organisatoriske krav til kommunal legevakt samt samhandlingen med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med arbeidet med Nasjonal helseplan, fortrinnsvis gjennom en utvidelse av akuttmedisinforskriften, eventuelt gjennom en egen forskrift for kommunal legevakt. Komiteen mener det gir grunn til bekymring at bare halvparten av fastlegene deltar i legevakt. De må utgjøre ryggraden i legevakttjenesten.»Komiteen vil påpeke at legevakttjenesten er en viktig del av kommunens helse- og omsorgstjeneste, og at det over lengre tid har vært bred enighet om behovet for å styrke tjenesten. Komiteen viser til komiteens merknad i Innst. 212 S (2009–2010) om samhandlingsreformen:

Komiteen viser til at det er stor variasjon mellom kommunene med hensyn til hvordan de håndterer etterlatte som har opplevd selvmord og brå dødsfall i nære relasjoner. Komiteen viser også til at foreldre som har mistet et barn etter kort eller langvarig sykdom, opplever at det offentlige hjelpeapparatet blir borte når barnet blir borte. Komiteen mener dette perspektivet må trekkes inn i større grad for å sikre gode tiltakskjeder, og at sorgarbeid ofte kan utføres på en god måte som likemannsarbeid.

2.3.3.2 Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Komiteen viser til at Stortinget ved behandling av Samhandlingsmeldingen – St.meld. nr. 47 (2008–2009) – viste bred politisk enighet om å styrke rehabiliteringen, som etter Stortingets oppfatning ble for lite vektlagt i meldingen. Komiteen er derfor glad for at lovforslaget synliggjør at (re)habilitering er noe langt mer enn medisinsk (re)habilitering. Komiteen vil påpeke at (re)habilitering må ha et livsløpsperspektiv, at brukermedvirkning må være grunnleggende, og den enkeltes mål må være styrende for innholdet i prosessen. Komiteen viser til at (re)habilitering må bygge på planlagt og systematisk samarbeid mellom ulike instanser og aktører, med et klart mål.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at innholdet i denne tjenesten kan reguleres gjennom forskrift, og disse medlemmer forventer at viktigheten av blant annet arbeidsrehabilitering defineres der.

Disse medlemmer konstaterer at rehabilitering i altfor liten grad prioriteres i kommunene i dag. Disse medlemmer kan vanskelig se at det profesjonsnøytrale lovforslaget er like sterkt som gjeldende lov. Disse medlemmer frykter derfor at dette kan føre til ytterligere nedprioritering av rehabiliteringsfeltet.

Disse medlemmer vil derfor presisere at i et rehabiliteringsforløp er opptrening av vesentlig betydning både fysisk, kognitivt og sosialt. Disse medlemmer merker seg at opplæring i dagliglivets gjøremål nå er tatt ut av lovteksten, men vil understreke at dette i et rehabiliteringsforløp er et så vesentlig moment at det må inngå i en forskriftsfesting.

Komiteen understreker at kommunal rehabilitering skjer både i institusjoner og hjemme hos pasienter og brukere, og at Nasjonal helse- og omsorgsplan også vektlegger dette. Komiteen understreker at god rehabilitering krever tverrfaglighet, og at ergoterapeuter og fysioterapeuter er blant de faggruppene som er relevante for den kommunale rehabiliteringstjenesten. Slik kompetanse vil etter komiteens mening være viktig for å trene opp pasienter og brukere til å mestre daglige gjøremål.

2.3.3.3 Psykisk helsetjeneste og rustjeneste

Komiteen viser til at Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde som mål å sikre uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Komiteen har merket seg at departementet har tatt psykisk helse inn i § 3-1 for å understreke at psykisk

helse- og omsorgstjeneste inngår i kommunenes sørge for-ansvar.

Komiteen ser positivt på det at lovforslaget § 3-1 presiserer kommunens sørge for-ansvar relatert til personer med rusmiddelproblem. Komiteen viser til at en samlet komité i Innst. 212 S (2009–2010) sto bak følgende merknad:

«Komiteen vil også framheve at behovet for bedre utbygde kommunale tjenester også i stor grad gjelder for personer som er rusmiddelavhengige. Rusmiddelavhengige er den gruppen som har høyest sykelighet og dødelighet, og som opplever å være stigmatisert og ekskludert fra fellesskapet. Skader av rusmiddelbruk og avhengighet berører mange. Altfor mange med rusproblemer opplever ikke å komme inn til behandling når de er motivert. De må vente for lenge på behandlingsplass, og ettervernet er for dårlig.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil understreke viktigheten av at det må stilles krav om at en avtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må inneholde bestemmelser som sikrer at det utarbeides et ettervernstilbud fra dag én. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at en avtale mellom helseforetak og kommuner om tilbudet til rusmiddelavhengige sikrer at det er utarbeidet et ettervernstilbud fra første dag.»

Komiteen vil understreke at kommunen har ansvar for å gi rusmiddelavhengige nødvendige og forsvarlige tjenester. Komiteen legger til grunn at det nærmere tilbudet til rusmiddelavhengige vil være sentralt i de fremtidige avtalene mellom kommunen og helseforetaket. Komiteen er kjent med at problemstillinger knyttet til et sammenhengende og helhetlig tjenestetilbud vil være et av hovedtemaene i den kommende stortingsmeldingen om rusmiddelpolitikken.

2.3.3.4 Omsorgslønn

Komiteen har merket seg at gjeldende rett videreføres med hensyn til omsorgslønn. Komiteen imøteser imidlertid resultatet av det utredningsarbeidet som foregår på dette området, for å få et mer helhetlig system.

Komiteen viser til at ordningen med omsorgslønn fungerer svært forskjellig fra kommune til kommune, og at tjenesten lønnes på svært forskjellig nivå i kommunene. Dette innebærer at personer som yter omsorg for familiemedlemmer eller nære slektninger, behandles ulikt avhengig av i hvilken del av landet ytelsen gis. Komiteen vil understreke at for dem som mottar omsorgen, betyr disse forskjellene at man i enkelte deler av landet har mindre mulighet for å kunne motta omsorgshjelp fra sine nærmeste.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener det derfor er nødvendig å innføre normerte satser og kriterier for omsorglønn, samt at finansieringsansvaret for ordningen legges til staten.

Komiteen har merket seg at regjeringen har nedsatt et utvalg som skal se på ordninger for pårørende med særlig tunge omsorgsoppgaver (Kaasa-utvalget), og ser fram til resultatet av dette arbeidet. Målgruppen for utredningen er pårørende som påtar seg særlig tyngende omsorgsoppgaver over tid. Utvalget skal se på dagens ordninger og modeller for framtidige ytelser og skissere minst ett forslag innenfor dagens omsorgslønnsordning.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til Soria Moria I-erklæringen der det går fram at regjeringen vil styrke ordningen med omsorgslønn, mens det i Soria Moria II-erklæringen står at ordningen skal gjennomgås. En slik endring kan tyde på at regjeringens ambisjoner på området er redusert. Det er tverrpolitisk vilje til og ønske om å anerkjenne den familiebaserte omsorgen og gjøre det mulig for barn med nedsatt funksjonsevne å bo hjemme sammen med familien. Når en ordning som omsorgslønn blir så vanskelige å få, slik blant annet en rapport fra Statens helsetilsyn avdekker, reduserer det muligheten til å ta ansvaret for funksjonshemmede barn. Disse medlemmer mener det må iverksettes tiltak slik at mulighetene for å leve gode liv med funksjonshemmede barn øker. Samtidig bør ordninger og regelverk harmoniseres og praktiseres likt i hele landet, slik at ordningene er enkle å sette seg inn i for dem det gjelder.

2.3.3.5 Brukerstyrt personlig assistanse

Komiteen viser til at brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ måte å organisere praktisk bistand på for personer med store hjelpebehov eller for personer som har bistandsbehov av en slik art at denne organisasjonsformen er mest hensiktsmessig. Komiteen mener BPA er et viktig verktøy som gir mennesker med nedsatt funksjonsevne muligheten til å leve et aktiv og verdig liv. BPA handler om å kunne bestemme over egen hverdag og få innflytelse over hvem som hjelper en. Praktisk bistand kan være å få hjelp til å vaske gulvet, handle matvarer, følge opp barn på idrett, gå på kino osv. Praktisk bistand omfatter bistand til egenomsorg og personlig stell og opplæring i dagliglivets gjøremål.

Det er ikke noe krav om at assistenten skal ha helsefaglig utdanning. En stor del av brukerne av BPA mottar også supplerende tjenester fra kommune slik som hjemmesykepleie, rengjøring og trygghetsalarm.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at kommunen i dag har plikt til å ha et tilbud om BPA. Flertallet viser til at Helse- og omsorgsdepartementet i Nasjonal helse- og omsorgsplan varsler at regjeringen framover vil legge til rette for at kommunene kan bygge ut dette tilbudet videre. Flertallet vil understreke behovet for dette.

Flertallet merker seg at det er vanskelig å framskaffe presise beregninger for kommunenes kostnader ved en mulig ny rett til BPA. Flertallet er kjent med at det er gjennomført kostnadsberegninger i samarbeid med KS, og at det foreligger en rapport, «Kostnadsberegninger av utvidet bruk av brukerstyrt personlig assistanse».

Rapporten anslår utviklingen av antallet brukere med BPA ved en eventuell ny rettighet til ordningen på mellomlang sikt (5 til 10 år). Utredningene som nå er gjennomført, viser at en BPA-time er rimeligere enn en time gitt som ordinær omsorgstjeneste, men kostnadene for kommunene øker fordi BPA-brukere generelt får tildelt flere timer enn ved tildeling av ordinære omsorgtjenester, og fordi de kan komme i tillegg til annen bistand. Analysene i denne rapporten viser at en ny rettighet til BPA vil kunne innebære økte kostnader for kommunene, men at omfanget vil avhenge av hvordan rettigheten utformes. Rapporten peker videre på behovet for ytterligere utredninger og analyser før en kan vurdere rettighetsfesting av BPA. Flertallet mener det i tillegg til kostnadsvurdering for kommunene er viktig også å ta med seg de mulige positive samfunnsøkonomiske konsekvensene av BPA, for eksempel ved at flere kan komme i arbeid eller utdanning. Flertallet ber regjeringen arbeide videre med problemstillingene og komme tilbake til Stortinget med en vurdering av kostnadene ved å forsterke ordningen med BPA. Flertallet ber også regjeringen vurdere den organisatoriske utformingen av ordningen, herunder spørsmål om tilknytning til kommunesektoren eller Nav.

Flertallet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede videre de økonomiske og administrative konsekvensene og raskt komme tilbake til Stortinget med et forslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse for brukere med stort behov innenfor den samme økonomiske rammen som gjelder i dag.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at brukerstyrt personlig assistanse skal bidra til at personer med omfattende funksjonsnedsettelser skal kunne få et mer aktivt og mest mulig uavhengig liv tross funksjonsnedsettelsen. Disse medlemmer viser til at Stortinget i 2002 ba regjeringen om å fremme lovforslag om rett til brukerstyrt personlig assistent, og at regjeringen fulgte opp med forslag om dette i 2005. Disse medlemmer slår fast at regjeringen ikke foreslår å lovfeste en slik rett, men ønsker å videreføre gjeldende rett. Disse medlemmer har merket seg at det pågår et arbeid med å beregne kostnadene for en rettighetsfesting av BPA-ordningen. Disse medlemmer mener det er av vesentlig betydning at brukergruppens organisasjoner trekkes med i dette arbeidet, og at det også legges vekt på alternativ kostnad, brukerens livskvalitet samt den samfunnsøkonomiske siden. Disse medlemmer vil i denne forbindelse vise til den utarbeidede ECON-rapporten om BPA.

Disse medlemmer mener det er av betydning at i første rekke de som har behov for omfattende bistand, får en langt større mulighet til å ta ansvar for eget liv og egen velferd gjennom en rettighetsfesting av muligheten til å få tjenesten organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

Disse medlemmer mener det er av vesentlig betydning å beskytte BPAs egenart, og for å sikre reell brukerstyring er det derfor nødvendig å styrke innholdet i arbeidslederrollen. Disse medlemmer vil fremholde at arbeidsleder etter tilstrekkelig opplæring bør kunne delegeres oppgaver knyttet til ordinær personalledelse, likestilt med eksempelvis stedfortredende arbeidsleder.

Disse medlemmer konstaterer at Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet igjen velger å utsette rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse. Rettighetsfestingen av BPA har nå blitt trenert av regjeringen Stoltenberg II ved alle anledninger. Utsettelsen begrunnes nå i en rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet om kostnadsberegninger for kommunene. Denne rapporten er laget av et utvalg der alle medlemmene har interesse i å drive kostnadsberegningene opp; det er ensidig sett på kommunenes kostnader og ikke på samfunnsgevinsten, og rapporten blander sammen svært ulike tjenester. Rapporten bygger også på et anslag over antallet som vil benytte seg av ordningen, som blant annet har lagt inn erfaringer fra Sverige. Disse medlemmer vil vise til at i Sverige delfinansierer staten kostnadene ved BPA på en slik måte at kommunene har interesse av at flest mulig med assistansebehov søker denne ordningen.

Disse medlemmer mener at det vil være riktig av Stortinget å vedta en lovparagraf som sikrer

rett for brukere med store behov til å få tjenesten organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Dette er et prinsippstandpunkt som ikke krever mer utredning, og som kan innføres innenfor den samme økonomiske rammen som benyttes i dag. Det vil imidlertid være behov for å drøfte og utrede sammen med brukerorganisasjonene, arbeidstakerorganisasjonene og KS hva som skal legges til grunn for begrepet «store behov» før lovparagrafen trer i kraft.

Disse medlemmene ber videre regjeringen igangsette et arbeid for å få kostnadene av eventuell utvidet rettighetsfesting snarest utredet og drøftet med KS og brukerorganisasjonene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) skal ny § 2-1 d lyde:

§ 2-1 d *Rett til å få helse- og omsorgstjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse*

Den som har stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, i form av praktisk bistand og opplæring, har rett til å få tjenesten organisert som brukerstyrt personlig assistanse etter samme lovs § 3-8.»

Disse medlemmer vil vise til at ikke alle er fornøyd med tradisjonelle tjenester. Mange mener det ikke legges til rette for et uavhengig og selvstendig liv. Dette kan bryte med grunnleggende menneskerettigheter om at alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd. Alle skal oppleve valgfrihet gjennom å gjøre egne valg og prioriteringer, både i eget hjem og i samfunnet. De som trenger brukerstyrt personlig assistanse, for å gjøre egne valg og prioriteringer, og er i stand til å lede egne assistenter, må ha rett til å få tjenesten organisert som BPA.

2.3.4 Øyeblikkelig hjelp

Komiteen viser til at kommunene allerede i dag har et ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp, men at det nye i lovforslaget er at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Komiteen viser til at øyeblikkelig hjelpberedskap med mulighet for døgnopphold kan være kostbart siden det krever ledig sengekapasitet og personale i beredskap. Komiteen deler intensjonen om at mer av behandlingen skal kunne foregå i kommunen fremfor på sykehus.

Komiteen er enig med departementet i at kommunens plikt begrenses til de pasientgruppene kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til, og at det er behov for å etablere systemer som sikrer rask avklaring av om pasienten kan få et tilbud i kommunen, eller om spesialisthelsetjenesten må oppsøkes.

Komiteen vil understreke at det er viktig at det ikke bygges opp et system som dublerer det tilbudet som allerede eksisterer, og som virker kompliserende og fordyrende for samfunnet. Komiteen vil også på dette punkt understreke viktigheten av at pasienter og brukere får behandling på et faglig forsvarlig nivå.

Komiteen har merket seg at plikten i første omgang er tenkt å omfatte somatiske lidelser, men at det skal vurderes om psykisk helse og rus også skal omfattes av plikten.

Komiteen vil understreke viktigheten av at ordningen fullfinansieres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, har merket seg at departementet foreslår at midler gradvis overføres fra de regionale helseforetakene til kommunene i perioden 2012 til 2015.

Komiteen vil understreke betydningen av at det må dokumenteres at kommunen besitter nødvendig fagkompetanse og kapasitet til å håndtere døgnopphold for øyeblikkelig hjelp på en god måte.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil påpeke at dette må gjøres slik at ikke resultatet bare blir en forsinket innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer er derfor opptatt av at tiltaket må kunne vise effekt før en endrer finansieringen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at ordningen skal tre i kraft fullt ut fra 2016, og har tillit til at departementet i samarbeid med kommunesektorens interesseorganisasjon KS sørger for nødvendige avklaringer. Flertallet vil vise til svært positive resultater for pasientene i de tilfeller der ordningen har vært prøvd ut – bl.a. ved Fosen distriktsmedisinske senter og Søbstad sykehjem i Trondheim.

2.3.5 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Komiteen vil vise til det fokuset Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 har når det gjelder folkehelse, og understreker at det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen. Dette skal skje ved å gjøre helsefremmende valg enklere og billigere og ved å gjøre helseskadelige valg mindre attraktive.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, støtter at det i større grad må tas i bruk strukturelle virkemidler som prisvirkemidler, lovreguleringer og infrastruktur i det nasjonale folkehelsearbeidet.

Komiteen viser til at den lovmessige reguleringen av ansvar for folkehelsearbeidet finnes i folkehelseloven og i helse- og omsorgstjenesteloven.

Komiteen viser også til «Perspektivmeldingen 2009». Den har forebygging – det å vri innsatsen fra reparasjon til forebygging – som én av ti overordnede strategier. Komiteen har merket seg at gang- og sykkelveier, natur- og friluftsområder og bo- og nærmiljøer som gir mulighet til lek og aktiviteter, er framhevet som gode tiltak.

Kommunene er den viktigste arena for folkehelsearbeidet. De må nå identifisere egne folkehelseutfordringer, fastsette egne mål og strategier og iverksette nødvendige tiltak. Det gir kommunene mulighet til selv å kunne påvirke befolkningens helse, ha som overordnede mål å fremme helse og forebygge framfor reparere. Kommunene skal ha stor innflytelse på eget folkehelsearbeid, og kommunestyrene bør lage en årlig rapport og ha en årlig debatt om tiltaksplan. Forebyggingen må gjenspeiles i alle planer, i all politikk og i all lovutvikling.

Komiteen mener det er viktig at staten skal gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for den enkelte kommune og fylkeskommune, og at det gis tilgang på data fra sentrale registre som har betydning for kommunene i arbeidet med å forebygge sykdom og fremming av helsen, slik det legges opp til ved ny lov om folkehelsearbeid.

Komiteen mener det bør lages et system der en lett kan sammenligne helsedata med andre aktører for å kunne se utviklingen i egen kommune over tid, og slik at innbyggere og folkevalgte kan sammenligne sin kommune med andre. Komiteen mener dette kan bli viktig for økt kommunal innsats på dette feltet

Komiteen mener det er positivt at helse- og omsorgtjenesten i helse- og omsorgstjenesteloven får et klart ansvar for å bidra i arbeidet med slike gode oversikter i kommunene. Tjenestenes erfaringer, kompetanse og kunnskap er nødvendig for å gi en best mulig oversikt over kommunens utfordringer, samt også grunnlag for bedre kunnskapsbaserte folkehelsetiltak.

Komiteen vil berømme den viktige jobben frivillige og ideelle organisasjoner gjør når det gjelder folkehelse. Både idrettsorganisasjoner, friluftsorganisasjoner, pasientorganisasjoner og andre er viktige aktører som kan bidra ut fra egne formål og i samarbeid med kommunen.

Komiteen viser til at rådgiving og veiledning for å oppnå varige endringer av levevaner er omfattende og tidkrevende. Komiteen merker seg at Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for kommunale frisklivssentraler. Komiteen vil understreke at oppretting av frisklivstilbud i kommunene er en viktig og ønsket utvikling som må ses i sammenheng med etablering av lokalmedisinske sentre og kommunale/interkommunale lærings- og mestringstilbud.

Komiteen viser til at det må settes inn ulike tiltak på de ulike arenaer. De viktigste risikofaktorer for sykdom, skade og sosiale problemer er usunt kosthold, fysisk inaktivitet, røyking, alkohol- og annen rusmiddelbruk, men også frafall i videregående skole, utdanningsnivå, inntekt, sosialt nettverk, tilknytning til arbeidslivet og dårlig arbeidsmiljø. Det at forebygging og folkehelse skal gjenspeiles og vurderes i alle planer, i all politikk og i all lovutvikling, er positivt.

Komiteen viser til rapporten «Folkehelserapport 2010, Helsetilstanden i Norge». Der illustreres de sosiale helseforskjellene ved å beregne hvor mange årlige dødsfall som ville vært unngått dersom den generelle helsetilstanden for hele befolkningen ble hevet til et nivå tilsvarende det gruppene med høyere universitetsutdanning har. I løpet av ti år kunne 5 400 dødsfall som følge av lungekreft og om lag 10 000 dødsfall som følge av hjertesykdommer vært unngått. Totalt kunne en mellom 1994 og 2003 unngått over 43 000 dødsfall, like mange som dør i løpet av et normalt år. Komiteen understreker at tidlig død er ett av de mest dramatiske utfallene av de sosiale helseforskjellene. Dette understreker vesentligheten av bredt anlagte tiltak. Folkehelseloven styrker etter komiteens syn de muligheter og det ansvar kommuner, fylkeskommuner og staten har for å bekjempe sosiale helseforskjeller.

Komiteen vil vise til merknadene om folkehelsearbeid i Innst. 422 S (2010–2011) om Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 og Innst. 423 L (2010–2011) om folkehelseloven.

Komiteen vil understreke at forebygging skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenestene. Alle delene av de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil få viktige oppgaver i det helsefremmende og forbyggende arbeid, bl.a. forebygging i omsorgstjenestene, i legetjenestene mv, herunder krav til å iverksette tiltak på riktig tidspunkt i et utviklingsforløp av sykdom. Dersom tiltak iverksettes for sent, vil dette kunne medføre tap av leveår med god helse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det er det enkelte kommunestyre som må beslutte hvilken fag-

kompetanse og kapasitet som trengs ut fra lokale utfordringer og statlige krav til ulike tjenester. De generelle bestemmelser i loven om faglig forsvarlighet i tjenestene legger klare føringer. Flertallet vil vise til at loven gir anledning til å fastsette i forskrift krav om innhold i tjenesten, herunder kompetansekrav. Dette vil blant annet kunne omfatte psykolog-kompetanse.

Komiteen er tilfreds med at regjeringen har tatt hensyn til høringsinstansene som påpekte at høringsutkastet hadde for mye fokus på oppsøkende virksomhet i det forebyggende arbeidet. Komiteen konstaterer at lovforslaget nå gir kommunen tre roller i det forebyggende arbeidet. Komiteen støtter at kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid gjennom lovforslaget gjøres mer konkret, og er tilfreds med at det fremgår at dette gjelder både somatisk og psykisk helse.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil imidlertid understreke at det er behov for en langt sterkere avklaring av hva som inngår i det kommunale psykisk helse-arbeidet. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen igangsette arbeid med en forskrift som presiserer innhold i kommunalt psykisk helsearbeid. Det forutsettes at blant annet psykologtjeneste forskriftsfestes som nødvendig del av tverrfaglig helse- og omsorgstjeneste, og at det utarbeides en plan for å gjøre denne kompetansen tilgjengelig i alle landets kommuner.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er opptatt av at arbeid med psykisk helse skal tillegges stor vekt i kommunene, og at avtalene mellom kommunen og helseforetakene bør presisere samarbeidet på psykisk helseområdet. Flertallet vil vise til avsatte midler i budsjettet som kommunen kan søke på for å ansette psykologer i kommunehelsetjenesten, og understreker at dette er viktig i det tverrfaglige samarbeidet.

2.3.6 Kommunelegens rolle

Komiteen vil understreke at den medisinskfaglige kompetansen i kommunen er avgjørende for å kunne lykkes med gjennomføringen av samhandlingsreformen. Komiteen ser at flere høringsinstanser er av den oppfatning at kommunelegens rolle bør styrkes. Komiteen deler departementets syn på at tilgang på samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunen vil være en fordel, og viser til at dette også er belyst i forslaget til ny folkehelselov. Komiteen har merket seg Legeforeningens høringsuttalelse om at det bør opprettes flere kombinasjonsstillinger med samfunnsmedisinsk hovedstilling og fastlegearbeid som bistilling, og at dette vil være attraktivt sett i et rekrutteringsperspektiv. Komiteen har merket seg departementets uttalelse om at lovforslaget ikke er til hinder for en slik løsning om kommunen finner det hensiktsmessig. Komiteen vil understreke viktigheten av at oppgavene ikke deles på for mange, slik at det går ut over kontinuitet og kompetanseoppbygging. Komiteen deler synet på at flere kommuner bør vurdere å samarbeide om kommunelegefunksjonen, og konstaterer at lovforslaget åpner for dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil vise til at kommunestyret nå får folkehelsearbeid som en ny hovedoppgave. For mange kommuner vil dette innebære behov for samfunnsmedisinske utredninger og faglig ledelse med slik kompetanse. Flertallet finner det naturlig at kommunelegen har denne rollen og kompetansen. Dette innebærer at det vil bli behov for å utdanne flere leger med denne kompetansen.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, vil vise til at mange kommuner har gode erfaringer med å ansette en folkehelsekoordinator, og at en slik stilling har vært en forutsetning for å motta støtte fra fylkeskommunene gjennom ordningen «Partnerskap for folkehelse». Dette flertallet mener det må bygges videre på erfaringene fra «Partnerskap for folkehelse».

Dette flertallet har merket seg at en del høringsinstanser mener at kommunelegens rolle og funksjon bør komme klarere til uttrykk i loven. Dette flertallet ber departementet om å ta disse og andre innspill som har kommet frem i høringen, med seg i det videre arbeidet på dette feltet. Dette flertallet viser i den forbindelse til § 26 i forslaget til ny folkehelselov, jf. Prop. 90 L (2010–2011), der de samfunnsmedisinske oppgavene er nærmere beskrevet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre har merket seg at det i høringsprosessen har kommet frem forslag om å gjøre kommunelegen til en del av kommunens ledelse. Både Funksjonshemmedes Fellsorganisasjon og Den norske legeforeningen har ment at kommunelegen må få en mer sentral rolle i den kommunale administrative ledelse. Den norske legeforening

fremhevet hvordan dette ville sørge for en bedre benyttelse av kommunelegens kompetanse.

Disse medlemmer vil vise til at departementet ikke gir noen utførlig drøftelse av hvorfor dette forslaget ikke er tatt med i utkastet til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ut over at det i kap. 18.6 vises til at det i lovforslaget ikke ligger noen «føring på hvilken formell plassering kommunelegen skal ha i kommunens administrasjon», samt nevnes at gunstig ansvarsplassering vil variere mellom kommuner.

Etter disse medlemmers skjønn er dette et forslag som fortjener en bedre gjennomgang. Disse medlemmer ber derfor regjeringen komme tilbake til Stortinget med en vurdering av å plassere kommunelegen som en del av kommunens ledelse i en egnet sak.

2.3.7 Fastlegeordningen

Komiteen ser at departementet ønsker å videreføre de grunnleggende strukturer fastlegereformen bygger på. Komiteen merker seg også at departementet tar sikte på å sende på høring mulige forslag til endring av fastlegeforskriften i løpet av 2011. Komiteen merker seg at departementet legger opp til en dreining fra avtaleregulering til forskriftsregulering av fastlegeordningen. Komiteen viser til at KS uttaler at det ligger et uutnyttet potesial i avtaleverket til å nå målene i samhandlingsreformen, og at KS av den grunn påpeker at avtaleinstituttet derfor ikke må undergraves av en for stor grad av forskriftsfesting. Komiteen viser til at hele lovforslagets innretning er på et overordnet nivå, og at det ellers legges vekt på stor grad av avtalefesting for å fremme samhandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, merker seg at det ikke foreslås endringer i finansieringsordningen med per capita-tilskuddet og honorar nå, men at dette skal gjennomgås i forbindelse med arbeidet med forskriften.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har merket seg motstanden fra høringsinstanser mot å endre finansieringssystemet for fastlegene fra en stykkpris på 70 prosent til en stykkpris på 50 prosent. Disse medlemmer deler departementets vurderinger om ikke å foreslå endring på dette området nå.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre ser at en reduksjon i per capita-tilskuddet kan komme i strid med samhandlingsreformens målsettinger og kan føre til utilsiktede virkninger.

Komiteen har merket seg at departementet på det nåværende tidspunkt ikke foreslår en lovregulering som åpner for å gi fastlegene rett til å legge inn pasienter i sykehjem.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil vise til Innst. 212 S (2009–2010) til St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen:

> «Samtidig vil komiteen påpeke at fastleger i dag ikke kan skrive inn en pasient til helse- og omsorgstilbud i kommunen.
>
> Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det må vurderes å gi fastleger større innflytelse på inntaksprosedyrene til sykehjem.»

Komiteen merker seg at fastlegene nå vil kunne få anledning til å legge pasienter inn på de øyeblikkelig hjelp-plassene som skal opprettes i kommunene. På samme måte som i dag er det kommunene som er ansvarlig for å sørge for disse plassene, og som dermed avgjør inntaksprosedyrene.

Komiteen ser at det i noen kommuner er for høy terskel for å bli tildelt sykehjemsplass, varig eller for kortere opphold – ut over det som kan være behovet for øyeblikkelig hjelp. Komiteen mener derfor det er viktig å kvalitetssikre inntaksprosedyrene til sykehjem og sikre at helsefaglige behovsvurderinger legges til grunn.

Komiteen viser til at plass på sykehjem tildeles både etter gjeldende rett og etter ny lov for å oppfylle forpliktelsen til å yte nødvendig helsehjelp. Det vil derfor være helsefaglige behovsvurderinger som ligger til grunn for kommunens prioriteringer.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det er for lav sykehjemskapasitet i mange kommuner som er årsaken til at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy, og viser i den sammenheng til høringsinnspill fra Norsk Sykepleierforbund.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det trengs en tydeligere kommunal styring av de allmennmedisinske offentlige oppgavene legen kan pålegges. Herunder er det behov for både å styrke fastlegens/legevaktlegens vurderingskompetanse og den kliniske kompetansen i fastlegepraksisen. Flertallet mener slik styring tidligere har vært mangelfull i mange

kommuner, og at en sterkere styring vil være riktig. Flertallet støtter at det blir bedre ledelse og styring av allmennlegetjenesten, både av de allmennmedisinske offentlige legeoppgavene, av at kurativ praksis er i tråd med helsepolitiske prioriteringer og oppfølging av legers praksis ut fra nasjonale kvalitets- og funksjonskrav i tråd med god medisinsk praksis.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti er opptatt av at dagens hindringer for finansiering av sykebesøk og oppsøkende virksomhet må fjernes. Disse medlemmer etterlyser også en utredning av fastlegeordningen sett i lys av befolkningens og myndighetenes forventninger til nye oppgaver og tilgjengelighet.

Disse medlemmer mener at oppbyggingen av det allmennmedisinske arbeidet ikke skal gjøres gjennom å øke den kommunale påleggshjemmelen, men gjennom å gjøre disse stillingene mer attraktive faglig og økonomisk. Disse medlemmer mener det må legges til rette for flere legestillinger i primærhelsetjenesten. Disse medlemmer ser behovet for å vurdere om det kan innføres økonomiske insitamenter knyttet til kvalitet, service og tilgjengelighet.

2.3.8 Krav om forsvarlige tjenester

Komiteen ser det som positivt at loven inneholder en egen bestemmelse om forsvarlighet. Komiteen viser til at en lov som bygger på profesjonsnøytralitet og få organisatoriske krav, må ha tydelige krav som sikrer at tjenestene blir faglig forsvarlige. Komiteen har merket seg at et vesentlig spørsmål er om forsvarlighetskravet skisserer en minimumstandard eller om det er en norm som beskriver god faglig praksis. Komiteen er tilfreds med at departementet peker på at kjernen i forsvarlighetskravet peker på god praksis som norm for tjenestene. Komiteen viser videre til at det blant annet pekes på Helsedirektoratets nasjonale, faglige retningslinjer som eksempler på god praksis. Komiteen ser også at god praksis vil endre seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og verdioppfatninger.

Komiteen viser til at det kan være ulike oppfatninger av hva kravet om ivaretakelse av verdighet innebærer. Komiteen merker seg at departementet peker på de forskjellige profesjonsgruppenes fagetiske retningslinjer om ivaretakelse av integritet og verdighet. Komiteen viser til at lovforslaget har en profesjonsnøytral tilnærming, og at det er en stor del ufaglærte i helse- og omsorgssektoren, noe som kan åpne for ulik eller manglende forståelse av begrepet verdighet. Komiteen merker seg at departementet peker på lovens formålsbestemmelse som utgangspunkt for å beskrive hva som skal være verdigrunnlaget. Komiteen deler et slikt syn og mener formålsbestemmelsene i § 1-1 må være førende i forståelsen av å yte et verdig tjenestetilbud.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at legedekningen på mange av landets sykehjem er for lav. Disse medlemmer mener derfor det må innføres bemanningsnormer for legedekningen ved sykehjem fra 2012 og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om innføring av bemanningsnormer for legedekningen ved sykehjem fra 2012.»

2.3.9 Kvalitet og pasientsikkerhet

Komiteen er tilfreds med at Stortingets vedtak om at kvalitetskrav til omsorgstjenestene skal underlegges lokalpolitisk behandling, nå synliggjøres i loven og kan reguleres i forskrift. Komiteen registrerer at krav om systematisk arbeid for å bedre pasient- og brukersikkerheten nå lovfestes i både helse- og omsorgsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Komiteen imøteser at tilsvarende bestemmelse innarbeides i tannhelsetjenesteloven.

Komiteen vil understreke at gode kunnskaper i norsk hos alt personell som skal yte helse- og omsorgstjenester er avgjørende viktig for pasientsikkerhet og kvalitet. Der pasienter og brukere ikke behersker norsk, må det tas hensyn til dette.

2.3.10 Utdanning

Komiteen vil understreke at utdanning og kompetanseutvikling er av vesentlig betydning for at samhandlingsreformen skal kunne lykkes. Komiteen ser at utdanningen i dag er for lite rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Komiteen vil understreke viktigheten av nær kontakt mellom kommuner og relevante utdanningsinstitusjoner. Komiteen er av den oppfatning at det er en vesentlig forutsetning for å kunne rekruttere tilstrekkelig fagkompetanse at det opprettes gode praksisplasser med god veiledning og kunnskapsoppbygging om de helse- og omsorgstjenester kommunen har ansvaret for. Det er viktig at det i utdanningen legges vekt på samhandlingskompetanse, brukermedvirkning, tverrfaglighet og helhetlige pasientforløp. Komiteen merker seg at Kunnskapsdepartementet arbeider med en ny stortingsmelding om velferdsutdanningene. Komiteen registrerer også at det presiseres at personell i privat virksomhet med avtale med kommunen skal sikres adgang til nødvendig etter- og videreutdanning.

Komiteen mener at spesialisthelsetjenestens lovfestede veiledningsplikt for kommunehelsetjenes-

ten i større grad må bidra til å sikre bedre kompetanseoverføring, blant annet med hospiteringsordninger og desentraliserte sykehustjenester nær pasientene, i nær dialog med kommunehelsetjenesten.

Komiteen mener andelen ufaglærte må reduseres, og at det må etableres et kunnskapsløft for de ufaglærte som i dag jobber i kommunehelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen har varslet at det kommer en stortingsmelding om velferdsutdanningene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener dette blir en for passiv tilnærming. Disse medlemmer mener at Kompetanseløftet 2015 må endres og styrkes, slik at det kan tas høyde for de utfordringene som samhandlingsreformen innebærer, og slik at tiltakene kan komme raskere i gang. Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak hvor Kompetanseløftet 2015 endres og styrkes for å ta høyde for de utfordringene samhandlingsreformen innebærer.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at Kompetanseløftet 2015 inneholder en rekke virkningsfulle tiltak for å øke kompetansen og andelen faglærte i de kommunale omsorgstjenestene. Nærmere 16 000 personer hadde gjennomført grunn-, videre- eller etterutdanninger eller annen opplæring med støtte fra Kompetanseløftet 2015 i perioden 2007–2010, og om lag 13 000 er under opplæring i 2011. Samtidig bidrar satsinger som «Utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester», «Flink med folk i første rekke» og «Etisk kompetanseheving» til ytterligere kunnskapsheving i sektoren.

2.3.11 Forskning

Komiteen viser til at det eksisterer lite forskning i og på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Komiteen viser i den forbindelse til at grunnlagsdatamaterialet er mangelfullt og vanskeliggjør forskning, herunder følgeforskning på tiltak som settes inn i forbindelse med samhandlingsreformen. Komiteen vil understreke betydningen av at det både forskes på og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at dette er en viktig forutsetning for å øke kvaliteten på tjenestene, samt for å gjøre feltet mer faglig attraktivt. Komiteen registrerer at det legges opp til at det mellom helseforetakene og kommunene skal inngås avtaler som også skal inneholde samarbeid om forskning. Komiteen ser at dette kan være et viktig bidrag til blant annet å få bedre pasientforløp.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil peke på at bevilgningen til forskning på dette området er økt betydelig de senere år.

Komiteen støtter regjeringens forslag til ny lovbestemmelse som gir kommunen et medvirkningsansvar for forskning. Komiteen mener en slik medvirkning vil bidra positivt til å videreutvikle gode helse- og omsorgstjenester bl.a. ved at forskere får lettere tilgang til data om helsetilstand og ressursbruk i kommunene.

Komiteen vil påpeke at samhandlingsreformen forutsetter at den medisinske kompetansen knyttet til kommunens ansvar for eldre blir styrket. Komiteen mener at de samfunnsmedisinske fagmiljøene ved universitetene må spille en sentral rolle i dette arbeidet. Komiteen har merket seg at det medisinske forsknings- og undervisningsmiljø ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Det medisinsk-odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen (UiB) driver sykehjemsforskning i samarbeid med spesialisthelsetjenesten i Helse Vest, Kompetansesenteret for aldring og helse i Oslo, Forum for sykehjemsmedisin og Verdighetssenteret ved Bergen Røde Kors sykehjem. Komiteen registrerer at instituttets forskningsgrupper arbeider med alderspsykiatri, smerte, demens, legemiddelbehandling, palliativ omsorg og metodeutvikling. Komiteen ser også at det eksisterer betydelig kompetanse på utnyttelse av helseregistre for medisinsk forskning ved instituttet. Komiteen har merket seg planene med å opprette et nasjonalt senter for sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen, at dette har bred støtte i de tilstøtende miljøene i Norge, og at det vil være komplementært til det Nasjonale kompetansesenter for aldring og helse ved Universitetet i Oslo.

Komiteen mener Institutt for samfunnsmedisinske fag gjør et viktig arbeid med forskningsbasert undervisning av medisinstudenter og videreutdanning av leger innen fagene allmennmedisin og sykehjemsmedisin. Komiteen vil peke på at tilrettelagt utplassering av medisinstudenter og studenter i ernæring, odontologi og farmasi kan bidra til økt interesse og rekruttering av fagpersonell over hele landet, i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Fol-

keparti mener det er viktig å videreutvikle og stimulere det miljøet som er etablert med utgangspunkt i Institutt for samfunnsmedisinske fag ved UiB, slik at det kan fremstå som et akademisk fyrtårn innefor fagfeltet sykehjemsmedisin.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet har merket seg at senteret søker om en bevilgning på 19,8 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti vil anmode regjeringen om å komme tilbake i statsbudsjettet for 2012 med en bevilgning som legger til rette for en slik satsing.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til at spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 definerer forskning som en av oppgavene et sykehus særlig skal ivareta. Helseforetaksloven § 1 presiserer at helseforetakene har som ett av sine formål å tilrettelegge for forskning og undervisning. Å drive klinisk forskning er av kritisk viktighet i det stadige og kontinuerlige arbeidet med å forbedre helsetjenesten, som når det gjelder behandling, pasientsikkerhet og effektiv drift. Disse medlemmer viser i denne sammenheng også til proposisjonens referanse til at det i Norge foregår mindre analyse enn i sammenlignbare land, hvilket tilsier økt behov for forskning i kommunehelsetjenesten.

Disse medlemmer vil vise til at noen lignende presisering, som i spesialisthelsetjenesten, av ansvaret for å sikre forskning i kommunehelsetjenesten ikke ligger i den nye loven – også nevnt i proposisjonens kap. 23.2. Disse medlemmer viser også til at departementet i kap. 23.4 skriver: «De fleste høringsinstansene mener at kommunene må pålegges en plikt til å bidra eller medvirke til forskning.»

Disse medlemmer mener det også i primærhelsetjenesten er behov for å sikre at det utføres forskning for å forbedre kunnskapen om og kvaliteten i tjenesten. Disse medlemmer ber derfor regjeringen se på hvordan det på en hensiktsmessig måte kan innføres en lovforpliktelse for kommunene til å ta ansvar for at det foregår hensiktsmessig forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer er redd lovforslagets formulering om at kommunene plikter å medvirke til forskning, ikke i tilstrekkelig grad vil lede til den nødvendige stimulering av slik innsats. Disse medlemmer er imidlertid enige med departementet i at mange enkeltkommuner vil være så små at det vanskelig lar seg gjøre å ta dette ansvaret på egen hånd, men i disse tilfeller mener disse medlemmer at kommunens ansvar må være formulert slik at det kan ivaretas gjennom interkommunale samarbeidsavtaler. Det bør da, etter disse medlemmers syn, være formulert et ansvar for kommunene til å ta initiativ til og få på plass slike avtaler når det er nødvendig for å ivareta sitt forskningsansvar.

2.3.12 Beredskapsarbeid

Komiteen registrerer at gjeldende bestemmelser videreføres når det gjelder beredskapsarbeid, og at beordring og tjenesteplikt ved ekstraordinære situasjoner utvides til å gjelde alt personell som yter tjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Komiteen viser til at det er opprettet kriseteam i en rekke kommuner, men at det er stor variasjon i hvordan de fungerer, og hva som defineres som krise. Komiteen vil understreke at beredskapsarbeidet også må innebære å yte psykososiale tjenester ved ulykker og katastrofer. Komiteen er også opptatt av at andre aktører som deltar operasjonelt i krisesituasjoner, trekkes aktivt med i planarbeidet, slik at samhandling og rolleavklaring kan finne sted.

2.3.13 Politiattest

Komiteen konstaterer at krav om politiattest for dem som skal yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemning, videreføres i ny lov, og at det også omfatter personell i private institusjoner som yter tjenester etter avtale med kommunen.

Komiteen vil påpeke at en viktig premiss for en god helse- og omsorgstjeneste er at pasienter og brukere skal føle trygghet i sitt møte med personellet. Komiteen vil vise til at det primært er arbeidsgivers ansvar å sikre gode rutiner ved ansettelse av personell, og så langt som mulig sikre at den som ansettes, ikke bare er kompetent, men også egnet til å utføre de oppgaver som vedkommende skal settes til. Som en hjelp for arbeidsgivere i helse- og omsorgssektoren har Helsedirektoratet utarbeidet en veileder for å sikre gode ansettelser. Veilederen er nylig publisert (IS-1902), og det foreslås her en rekke tiltak for å bidra til å kvalitetssikre rutinene og prosessene rundt tilsetting av personell i helse- og omsorgssektoren.

Komiteen mener det er behov for god informasjonsutveksling på tvers av landegrensene slik at uskikket helsepersonell ikke skaffer seg arbeidsforhold i et nytt land uten at dette er kjent for arbeidsgiver. Komiteen mener det er positivt at de nordiske helseministrene har inngått avtale om bedre utveksling av informasjon på tvers av landegrensene. Komiteen har merket seg forslaget fra Nordisk Råd om et elektronisk register i Norden for bedre å ivareta denne informasjonsflyten, og mener dette vil

være et godt tiltak. Komiteen mener at det på sikt vil være aktuelt å utvikle et slikt register for hele Europa.

Komiteen viser til at også alvorlig syke, eldre, demente, psykisk syke og andre pasientgrupper kan ha problemer med å ivareta egne interesser og beskytte seg selv mot overgrep, så vel fysiske, psykiske som økonomiske.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener derfor det må vurderes å innføre krav om politiattest for ansettelse i jobb med denne gruppen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener derfor at det må stilles krav om politiattest også for det personell som skal yte helse- og omsorgstjenester til disse gruppene. Disse medlemmer viser også til at det er avdekket tilfeller hvor personer som er siktet, tiltalt og dømt for overgrep i et annet EØS-land, har fått arbeid i helsevesenet i Norge. Disse medlemmer mener derfor et krav om politiattest må innføres for dem som skal arbeide med sårbare og utsatte grupper, og at hensynet til den enkelte tjenestemottaker må veie tyngre enn de samfunnsmessige økonomiske og administrative kostnadene til et slikt tiltak.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utvide kravet om politiattest slik at det også omfatter personer som skal jobbe med eldre i pleie- og omsorgssektoren, etter modell fra kravet om vandelsattest for personer som jobber i yrker som yter tjenester til barn og psykisk utviklingshemmede.»

2.3.14 Understøtting av elektronisk samhandling

Komiteen viser til at det eksisterer en rekke særegne dataløsninger i helse- og omsorgssektoren, noe som gjør elektronisk samhandling vanskelig og kostnadskrevende. Komiteen har merket seg at den frivillige godkjenningsordningen gjennom Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH) ikke har vært tilstrekkelig til å sikre omforente standarder. Komiteen ser derfor positivt på at det nå stilles krav om sertifisering, slik at det først og fremst etableres og implementeres felles meldingssystemer basert på blant annet de standarder som er utarbeidet av KITH.

2.4 Samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak

2.4.1 Samarbeid mellom kommuner

Komiteen registrerer at departementet foreslår å videreføre muligheten for at departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når dette anses påkrevd for en forsvarlig utføring av de lovpålagte helse- og omsorgstjenestene. Komiteen merker seg at departementet omtaler dette som en snever unntaksregel.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke at denne loven på samme vis som øvrige lover om kommunale velferdstjenester bygger på prinsippet om at alle kommuner har ansvar for de samme tjenester og ansvar for å sikre de samme rettigheter for sine innbyggere uavhengig av for eksempel kommunestørrelse. Flertallet vil peke på at mange mindre kommuner har vært aktive deltagere i samarbeid med nabokommuner og sykehus om å utvikle de lokalmedisinske sentre som helse- og omsorgstjenesteloven skal legge bedre til rette for. Flertallet legger til grunn at kommuner vil inngå samarbeidsavtaler for eksempel for å sikre et større befolkningsgrunnlag for tjenester der dette kreves. Flertallet har også tillit til at de største kommunene finner fram til en passende inndeling i mindre tjenesteområder der dette trengs for å tilby gode tjenester.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener dagens kommunestruktur setter begrensninger for hvilke oppgaver som kan overføres til kommunene, og for hvilke økonomiske insitamenter som kan brukes. Ved en endret kommunestruktur kan oppgaver og ordninger som er beskrevet i meldingen, men ikke anbefalt, vurderes på ny.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det skal utarbeides en plan for utvikling av tiltak i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og for tiltak som skal etableres av kommuner eller i samarbeid mellom kommuner. Planen skal angi hvilke helse- og omsorgstilbud som bør finnes i en gitt befolkningsgruppe for å ivareta samhandlingsreformens intensjon. Det bør som hovedregel være en befolkningsmasse på om lag 20 000–30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift av døgnplasser som inkluderer observasjon, utredning, etterbehandling og lindrende behandling.

2.4.2 Lovpålagt krav om lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak

Komiteen ser at gjeldende rett og den regulering som i dag finnes av samarbeid mellom forvaltningsnivåene, ikke er tilstrekkelig til å ivareta pasientenes behov for helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Komiteen viser til at når kommuner og foretak skal samarbeide og planlegge behandlingsforløp, skal dette bygge på LEON-prinsippet og den lovfestede ansvarsfordelingen. Komiteen er positiv til at avtaleinstituttet benyttes for å fremme samhandling, og mener det er fornuftig å fastsette plikt for kommuner og foretak til å inngå samarbeidsavtaler. Komiteen ser det også som viktig at det gjennom nasjonal rammeavtale, standardavtaler og veiledningsmateriell tilstrebes en stor grad av likhet i formen på de avtaler som skal inngås.

Komiteen slutter seg til at det opprettes en rådgivende tvisteløsningsnemnd etter modell fra Barnevernets tvisteløsningsnemnd for å håndtere uenighet mellom partene. Komiteen finner det også naturlig at uenigheten bringes inn for domstolene hvis ikke partene vil følge tvisteløsningsnemndas anbefalinger.

Komiteen vil vise til at det i dag er inngått samarbeidsavtaler mellom de fleste kommuner og deres nærmeste sykehus bl.a. om utskrivingsklare pasienter, og at det er en utstrakt faglig kontakt mellom allmennlegene og sykehusene om de pasienter de har et felles ansvar for. Et stort antall kommuner har etter hvert kommet inn i et samarbeid med sykehus om å tilby desentraliserte spesialisthelsetjenester bl.a. i de mye omtalte lokalmedisinske sentre. Komiteen vil understreke at dette etablerte samarbeidet vil være et godt grunnlag for et mer omfattende og formalisert samarbeid. Komiteen vil peke på at et godt og omfattende samarbeid forutsetter forutsigbarhet og god kommunikasjon om hva sykehuset representerer av tjenester og kompetanse.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil understreke viktigheten av at det stimuleres til og legges til rette for å kunne utprøve ulike samarbeidsformer. Disse medlemmer mener derfor lovforslaget må åpne opp for at det gis mulighet til å etablere ulike pilotordninger mellom samarbeidende kommuner og helseforetak for å prøve ut ulike samhandlingsordninger, oppgaveoverføring og ansvarsdeling. Disse medlemmer mener det også er viktig at slike pilotprosjekter gir mulighet for at hele eller deler av tjenesteleveransen kan skje i regi av frivillige og ideelle organisasjoner eller private virksomheter. Disse medlemmer mener også det i slike pilotprosjekter må åpnes opp for ulike finansieringsmodeller.

Disse medlemmer viser til at lovforslaget åpner for ulike samarbeidsløsninger mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak. Disse medlemmer ser at dette ikke innebærer en overføring av selve ansvaret, men en avtalefestet enighet om hvem som skal utføre oppgaven eller tjenesten. Disse medlemmer mener dette blir en for snever og vilkårlig tilnærming til å prøve ut ulike pilotprosjekt. Disse medlemmer mener det må stimuleres til ulike forsøksordninger, og at disse må gjøres tilgjengelige for følgeforskning slik at det er mulig å høste forskningsbasert erfaring på de tiltak som iverksettes.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for at det kan drives ulike pilotforsøk mellom samarbeidende kommuner og helseforetak for å prøve ut ulike samhandlingsordninger, oppgaveoverføring, ansvarsdeling og finansiering. Det forutsettes at det legges til rette for å drive følgeforskning på forsøksordningene.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, understreker viktigheten av at det fra januar 2012 blir reformstart i hele landet. Samhandlingsreformen har kommet i stand blant annet på bakgrunn av de mange og vellykkede samhandlingsprosjekt som har vært gjennomført i mange kommuner. Mange kommuner har kommet langt i arbeidet. Flertallet mener at med et samordnet lovverk og de finansielle virkemidler som nå er presentert, vil dette sikre vellykket implementering også i øvrige kommuner.

2.5 Pasient- og brukerrettigheter

2.5.1 Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – materielle rettigheter

Komiteen viser til at det i helse- og omsorgstjenestene er behov for å ha skjønnsmessige kriterier som sikrer mulighet til individuell tilpasning. Komiteen vil samtidig understreke viktigheten av å kunne identifisere hvilke tjenester den enkelte har rettskrav på, slik at en i størst mulig grad unngår feiltolkning og forskjellsbehandling.

Komiteen merker seg at departementet foreslår at vilkårene for rett til helsetjenester og rett til omsorgstjenester gjøres likelydende, og at dette reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven. Komiteen presiser at dette innebærer rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester basert på en individuell helse- og/eller sosialfaglig vurdering. Komiteen viser i den forbindelse også til tilbudet til demente, hvor det har vist seg som en fordel for pasienter og

brukere å bygge små enheter med fellesareal og tilgang til utearealer, både når det gjelder dagplasser og plasser til heldøgnsopphold.

Komiteen merker seg at departementet uttaler at den enkeltes behov skal veies opp mot fellesskapets behov, og at det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Komiteen viser i den forbindelse til sin omtale av forsvarlighetskravet, lovens formålsbestemmelse med tilhørende verdighetsgaranti, samt kravet om brukermedvirkning.

Komiteen er tilfreds med at departementet har imøtekommet høringsinstansene og videreføre bestemmelsene som bidrar til vern av rusmiddelavhengiges rettigheter under opphold i institusjon.

Komiteen vil vise til at begrepet «verdighet» tydeliggjøres ved at dette er et grunnleggende element i en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste. Departementet foreslår en presisering i pasientrettighetsloven hvor det fremgår at enhver har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med forslaget til forsvarlighetsbestemmelsen i helse- om omsorgstjenesteloven.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, vil vise til forskriften om en verdig eldreomsorg som ble fastsatt i 2010, når det gjelder innholdet i begrepet «verdig tjenestetilbud». Innholdet i denne forskriften videreføres.

Flertallet vil vise til eldreavtalen mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre fra høsten 2007 der det var enighet om innføring av en verdighetsgaranti. På bakgrunn av denne avtalen sendte Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2009 et forslag om endringer i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 om rett til helsehjelp på høring. I kapittel 7 «Merknader til lovutkastet» i høringsnotatet «Endringer i kommunehelsetjenesteloven – et verdig tjenestetilbud. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg: Verdighetsgarantien» står det følgende:

«Lovforslaget slår fast retten til et verdig tjenestetilbud. Bestemmelsen må leses i sammenheng med retten til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd, jf pasientrettighetslovens § 2-1. Kravet til et verdig tjenestetilbud kan allerede i dag innfortolkes i gjeldende rettigheter, men departementet er av den oppfatning at det er nødvendig å fremheve begrepet verdighet, og tydeliggjøre at dette er et grunnleggende element i en forsvarlig helsetjeneste. På denne måten blir kommunehelsetjenesteloven § 2-1 annet ledd en tydelig presisering av det som følger av bestemmelsens første ledd. Denne utdypingen og klargjøringen, sett i sammenheng med forslagene i en ny forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) presiserer innholdet i rettigheten til tjenestetilbudet for eldre. Med dette vil eldres rettstilstand styrkes og dermed medføre et forsterket tjenestetilbud til denne brukergruppen. Dette fører til at kommunens mulighet til å avslå tjenestetilbud med begrunnelse i ressurssituasjon og tilgang på personell innskrenkes.»

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener eldre menneskers rettsstilling styrkes gjennom denne lovendringen. Kommunenes frihet på dette punktet innskrenkes, og pliktene til kommunene øker. Dermed endres dagens rettstilstand når begrepet verdighet fremheves i pasientrettighetsloven i samsvar med forslaget til forsvarlighetsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Dette medlem vil vise til høringsinnspill til komiteen fra Norsk Sykepleierforbund som klart støtter å gjøre verdighetskravet tydeligere for alle:

«Vi sier derfor et tydelig JA til å gjøre verdighetskravet tydeligere for alle, men i særlig grad for eldre. Sårbare eldre har lite makt og de får ofte altfor lite individuell hjelp. Tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav vil ikke kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud. Derfor ser vi behovet for å fremheve begrepet verdighet som et grunnleggende element i en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste som må reflekteres over og etterspørres tydeligere.»

Dette medlem viser til innspill fra Rådet for sykepleieetikk som bl.a. skriver:

«Refleksjonskompetanse og etisk dømmekraft i praksis er vår mulighet for styrket verdighet. Vi lever med en alvorlig mangeltilstand i store deler av pleie og omsorgstjenester hva gjelder etisk refleksjon. Riktignok skjer det mye spennende i mange 'etikk-kommuner', men det er en påfallende mangel på ansvarlig, systematisk, grundig og langsiktig refleksjonsarbeid både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale.»

Dette medlem er fornøyd med at forskriften om verdighetsgarantien trådte i kraft 1. januar 2011.

Når det gjelder begrepet «verdighet», viser komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet til merknader fra en samlet komité under innstillingens kap. 2.3.8 Krav om forsvarlige tjenester. Disse medlemmer viser til at verdighetsgarantien som ble fastsatt i 2010, i liten grad skiller seg fra forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten fra 1997. Disse medlemmer vil fremholde at det ikke er en mangel på forskrifter, men mangel på etterlevelse av dem som er utfordringen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener at hvis verdighetsgarantien reelt skal fungere som en garanti, kreves både tilstrekkelig bemanning

og god kompetanse, samt at eldreomsorgen må tilføres tilstrekkelig med ressurser. Eksempler på rettigheter som følge av verdighetsgarantien er: Kommunen har plikt til å gi sykehjemsplass ut fra en medisinsk vurdering, tilby samtaler om eksistensielle spørsmål, gi tilbud om enerom og plikt til å gi tilstrekkelig og variert kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.

Disse medlemmer viser til Dokument nr. 15:709 (2010–2011), skriftlig spørsmål til helse- og omsorgsministeren vedrørende eldre som opplever at garantien blir brutt. I svaret vises det til tall fra Statens helsetilsyn som viser at rundt 50 prosent av dem som retter klager mot kommunen på rett til nødvendig helsehjelp, får helt eller delvis medhold i klagen. En så stor omgjøringsprosent gir grunn til å tro at flere ville ha vunnet på å fremme en klage dersom de ikke er fornøyd med tjenestetilbudet. Disse medlemmer vil vise til at kommunen har informasjons- og veiledningsplikt og ved behov skal bistå med å utforme klagen og videreformidle til rette instans.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det må etableres en ordning med eldreombud som sørger for ivaretakelse av eldres rettigheter og behov for tjenester på ulike områder. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å etablere en ordning med eldreombud.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, peker på at kommunene i lovforslaget gis en plikt til å sørge for at pasienter og brukere, og representanter for disse, blir hørt også i forbindelse med utviklingen av kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste. Det foreslås også at kommunene plikter å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Flertallet viser også til at det foreslås lovfestet at helse- og omsorgstjenesten bør samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner. Flertallet mener lovforslaget styrker pasienters og brukeres innflytelse både på individ- og systemnivå, herunder også eldre brukeres innflytelse. Flertallet viser videre til at eldre omfattes av den universelle pasient- og brukerombudsordningen.

Komiteen viser til at samhandling må skje på mange plan. Komiteen vil påpeke at mange pårørende gjør en formidabel innsats for mange pleie- og omsorgstrengende. Helsepersonell besitter fagkunnskapen om hvordan praktisk og personlig bistand skal ytes på den mest hensiktsmessige måten. Det er derfor behov for at viktige deler av denne kunnskapen kan deles med pårørende som pleier sine nærmeste.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at det i dag ikke er et lovpålagt krav for kommunene om å tilby opplæring til pårørende. Disse medlemmer vil derfor fremme følgende forslag:

«I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) skal § 3-8a lyde:

§ 3-8a *Pårørendeopplæring mv.*

Kommunen skal tilby råd, veiledning og opplæring til pårørende til personer som mottar helsetjenester i hjemmet etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a eller personlig assistanse etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, når de pårørende anmoder om det.»

Disse medlemmer vil også understreke det faktum at det ikke eksplisitt er gitt uttrykk i loven at personer som yter omsorg til sine nærmeste, har rett til avlastningstiltak. Disse medlemmer vil blant annet vise til helsepersonells veiledningsplikt slik at disse omsorgsyterne gjøres oppmerksom på at hvis de anmoder om avlastningstiltak, så vil de automatisk defineres som bruker og falle inn under lovens bestemmelser som gir rett til «nødvendig helse- og omsorgstjeneste».

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det må innføres en ordning som sikrer rett til fritt valg av sykehjemsplass på tvers av kommunegrenser for personer som er innvilget en slik tjeneste. Disse medlemmer mener den enkelte kommune da må dekke kostnadene for sykehjemsplassen hos vertskommunen.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov 2. juni 1999 nr. 63 om pasientrettigheter skal ny § 2-10 lyde:

§ 2-10 *Rett til valg av sykehjemsplass i andre kommuner enn oppholdskommunen*

Pasient som har fått vedtak om sykehjemsplass har rett til å velge i hvilken kommune sykehjemsplassen skal tilbys.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om innholdet og gjennomføringen av valgretten etter bestemmelsen her.

Hvis forslag fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti om ny § 2-9 faller, blir paragrafen ny § 2-9.»

Komiteen vil understreke det viktige arbeidet som gjøres på de mange eldresentrene. Eldresenter er en sosial møteplass og en god investering i det forebyggende arbeidet. Komiteen merker seg at noen kommuner har kombinert dette tilbudet med helsestasjon for eldre, noe komiteen ser på som en spennende kombinasjon. Dette er rimelige og forebyggende tiltak for kommunene, som kan driftes av organisasjoner og eldre selv. Komiteen vil samtidig understreke viktigheten av tiltak som skal bedre hverdagen til den demente og de pårørende. Demensplanen 2015, Den gode dagen, bidrar til å styrke kvaliteten og kompetansen og har tre hovedstrategier: økt dagaktivitetstilbud, tilpassede boliger og økt kompetanse. Komiteen er enig i at det bør lovfestes en plikt til dagtilbud til demente i kommunene, og at det innføres en egen øremerket tilskuddsordning. Komiteen mener at dette er et viktig løft for eldreomsorgen, og at de nye demensplassene vil bidra til at mange tusen eldre får en meningsfull hverdag, samtidig med nødvendig avlastning for pårørende. Komiteen mener dette er et viktig skritt mot en mer verdig alderdom.

Komiteen vil vise til at tilbud om eldresenter på en god måte kan løses i samarbeid med frivillige organisasjoner og ideelle organisasjoner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) skal § 3-2 første ledd punkt 7 lyde:

Tilbud om eldresenter»

Disse medlemmer mener det må stimuleres til utbygging av dagaktivitetstilbud til demente i kommunene, og at det må lovfestes en plikt for kommunene til å ha etablert et slikt tilbud innen 1. januar 2015. Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag som skal tre i kraft fra 2015:

«I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) skal § 3-2 første ledd punkt 8 lyde:

Tilbud om dagaktivitetstilbud til demente

Punktet vil bli punkt 7 hvis forslag om tilbud om eldresenter som punkt 7 faller.»

Disse medlemmer fremmer videre følgende forslag:

«I lov 2. juni 1999 nr. 63 om pasientrettigheter skal ny § 2-9 lyde:

§ 2-9 Rett til dagaktivitetstilbud for demente

Demente har rett til dagaktivitetstilbud fra kommunen.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til merknad i Innst. S. nr. 150 (2006–2007) om viktigheten av et mangfold i hvem som kan skape møteplasser og aktivitetstiltak, og av å ivareta menneskers åndelige og eksistensielle behov i tillegg til fysiske, psykiske og sosiale behov. Dette kan gjøres av andre enn det offentlige:

«Komiteen vil vise til at mange lag, foreninger og organisasjoner som pensjonistforeninger, menigheter, diakonale virksomheter og ulike livssynssamfunn mange steder gjør et flott arbeid for eldre mennesker for å skape møteplasser og aktivitetstiltak. Mange eldre har behov for å få ivaretatt også de åndelige og eksistensielle behov. Komiteen vil understreke at det er viktig at kommunale koordineringsorganer for frivillig innsats, som for eksempel frivillighetssentraler og eldresentre, legger til rette for dette, blant annet gjennom definerte samarbeidsavtaler.»

Disse medlemmer mener det må legges til rette for at frivillige organisasjoner, menigheter, diakonale virksomheter og trossamfunn bidrar til en helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Frivillighetskoordinatorer kan være nyttige i en slik sammenheng både i kommunene og i de enkelte frivillige organisasjonene. Blant annet har Røde Kors ansatt frivillighetskoordinatorer mange steder i landet for sitt arbeid.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener alle hjemmeboende demente skal ha rett til dagtilbud fra 2015. Dagtilbud bidrar til mening i hverdagen for mennesker med demens, og gir pårørende avlastning. I dag har om lag sju prosent et slikt tilbud. 70 000 mennesker har demens i Norge, og om 30 år vil antallet være doblet. 250 000 er pårørende til mennesker med demens. Dagtilbud, som også kan tilbys i dementes eget hjem, kan utsette institusjonsbehov, og er derfor også god samfunnsøkonomi. De siste fem årene har omfanget av dagtilbud for demente kun økt med to prosent.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti de siste årene har foreslått stimuleringstilskudd for etablering av dagtilbud for demente i sitt alternative statsbud-

sjett. Det er gledelig at regjeringen fra 2012 vil innføre dette.

2.5.2 Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – prosessuelle rettigheter

Komiteen registrerer at pasient- og brukermedvirkningen, herunder barns rett til å bli hørt, kommer tydeligere frem i lovforslaget enn det gjorde i høringsutkastet. Komiteen mener dette er et sentralt punkt for å utvikle verdige tjenestetilbud. Komiteen mener det må utarbeides gode verktøy for brukererfaringsundersøkelser som kan bidra til å evaluere, måle og synliggjøre pasientene og brukernes erfaring gjennom de ulike pasientforløpene.

Komiteen viser til at forslaget til ny § 6-5 i pasientrettighetsloven har overskriften «Partsrettigheter ved søksmål», men bestemmelsen gjelder barns partsrettigheter generelt. Det fremgår også av spesialmerknaden i proposisjonen at forslaget er en videreføring av sosialtjenesteloven § 8-3 annet ledd som dreier seg om barns rettigheter under saksbehandlingen.

Komiteen fremmer derfor følgende forslag:

«I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter skal overskriften i ny § 6-5 lyde:

Barns partsrettigheter»

2.5.3 Individuell plan – koordinator

Komiteen mener det er positivt at det går tydelig frem av loven at kommunene har plikt til å utarbeide individuell plan for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, under forutsetning av at tjenestemottaker samtykker. Komiteen understreker at tidsbegrepet ikke må få for stor betydning, da samordningsbehov og kompleksitet i tjenestebehovet må ses i sammenheng med tidsbegrepet.

Komiteen er tilfreds med at helsepersonell pålegges plikt til å melde fra om tjenestemottakeres behov for individuell plan. Komiteen slutter seg til at plikten til å oppnevne en koordinator videreføres. Komiteen vil påpeke at det er viktig å legge vekt på brukermedvirkningsperspektivet både ved utarbeidelse av individuell plan og ved oppnevning av koordinator. Komiteen viser til at en koordinator har en ombudsmannsrolle og handler på vegne av tjenestemottakeren, selv om ansvaret for oppnevnelse av koordinator og plikten til å utarbeide en individuell plan ligger hos kommunen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det er viktig at pasient/brukers rett til å skifte koordinator går klart frem av lovteksten. Disse medlemmer vil peke på at det er viktig at tjenestemottaker har tillit til at hans interesser blir ivaretatt, og at muligheten til å kunne skifte koordinator kan være en sikkerhetsventil i så måte, på samme måte som at tjenestemottakeren har reservasjonsrett når det gjelder utarbeidelse av individuell plan.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) skal § 7- 2 andre ledd lyde:

Den som har fått oppnevnt koordinator etter første ledd, kan anmode kommunen om å få oppnevnt en annen koordinator dersom ordningen ikke fungerer tilfredsstillende. Dersom det er praktisk mulig, plikter kommunen å oppnevne ny koordinator.

Andre ledd i proposisjonens lovforslag blir tredje ledd.»

«I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. skal ny § 2-5a tredje ledd lyde:

Den som har fått oppnevnt koordinator etter første ledd, kan anmode om å få oppnevnt en annen koordinator dersom ordningen ikke fungerer tilfredsstillende.

Tredje ledd i proposisjonens lovforslag blir fjerde ledd.»

2.5.4 Andre ordninger som skal sikre et koordinert tjenestetilbud

Komiteen registrerer at ordningen med pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten foreslås erstattet av en koordinator. Komiteen er tilfreds med at departementet gir uttrykk for at koordinator som hovedregel må være en lege, og at dersom koordinator ikke er lege, må koordinatoransvaret utøves i nært samarbeid med behandlingsansvarlig lege.

2.5.5 Pasienters og brukeres innflytelse

Komiteen deler synet på at det er viktig å sikre pasient- og brukerinnflytelse på systemnivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Komiteen mener at brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner har viktige bidrag å komme med for å forbedre og videreutvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Komiteen vil understreke at flere brukerorganisasjoner mangler stedlige representanter i mange av landets kommuner, og at det da vil være av betydning at kommunene involverer det sentrale organisasjonsleddet.

Komiteen anser at et nært samspill og godt samarbeid mellom kommunen og de frivillige organisasjonene kan komme til å være avgjørende for et

effektivt og godt folkehelsearbeid. Frivillige organisasjoner har lang erfaring i helsefremmende og forebyggende arbeid lokalt gjennom lavterskeltilbud og sitter med stor kompetanse på området. Komiteen mener at nødvendigheten av å sikre dette samarbeidet må uttrykkes klarere også i lovteksten.

Komiteen påpeker at omfanget av samarbeidet og hvordan samarbeidet ønskes tilrettelagt, må den enkelte kommune selv ta stilling til ut fra lokale hensyn og behov.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, fremmer følgende forslag:

«I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) skal § 3-10 tredje ledd lyde:

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil også peke på at mange tjenestemottakere får sine helse- og omsorgstjenester utført av private tjenesteytere etter avtale med kommunen. Disse medlemmer savner dette aspektet på systemnivå. Disse medlemmer er betenkt over bruken av ordet «bør» i forbindelse med samarbeid, spesielt i et folkehelseperspektiv, da det er viktig å legge til rette for og stimulere til samarbeid med frivillige organisasjoner og private tjenesteleverandører, herunder ideelle organisasjoner.

Disse medlemmer vil derfor fremme følgende forslag:

«I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) skal overskriften til § 3-10 lyde:

§ 3-10 Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner og private leverandører»

«I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) skal § 3-10 tredje ledd lyde:

Helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige og ideelle organisasjoner og private leverandører som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.»

Disse medlemmer viser i denne sammenheng også til sitt forslag til endring av folkehelseloven § 4 i Innst. 423 L (2010–2011).

2.6 Klage- og tilsynsordninger

2.6.1 Klageordning

Komiteen er tilfreds med at det slås fast at Statens helsetilsyn fortsatt skal ha det overordnende faglige ansvar, og at departementet understreker at det er svært viktig å videreføre den direkte styringslinjen fra Statens helsetilsyn til regional tilsynsinstans både i klage og tilsynssaker.

Komiteen registrerer at departementet foreslår at Fylkesmannen blir felles klageinstans etter den nye loven.

Komiteen har merket seg at departementet nå foreslår at forvaltningslovens prinsipper legges til grunn slik at klageorganet har mulighet til å prøve alle sider av et påklaget vedtak, men at det skal legges vekt på kommunens anledning til å utøve sitt «frie skjønn». Komiteen er opptatt av at god praksis skal legges til grunn for den kommunale utøvelse av helse- og omsorgstjenester, men ser at en slik innretning på klagebehandlingen ikke vil være til hinder for at kommuner kan legge seg på et lavere ambisjonsnivå og allikevel levere forsvarlige tjenester uten at dette kan overprøves av klageinstansen.

Komiteen har merket seg at klageretten ikke er begrenset til å gjelde enkeltvedtak, og at adgangen til å klage gjelder hvis den som har klagerett, mener at lovbestemmelsene ikke er overholdt, uavhengig av om det er gitt begrunnelse for et avslag eller ikke.

Komiteen viser til at det i lovens forarbeider er presisert at reglene i forvaltningsloven skal følges hvis det er grunn til å tro at behovet for tjenester vil gjelde for et tidsrom på over to uker. Komiteen viser også til at det er presisert at det ikke skal være mulig å omgå to-ukersregelen ved å treffe flere korttidsvedtak etter hverandre.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det er svært uheldig med den begrensede mulighet som klageinstansen gis til å overprøve det som omtales som kommunens frie skjønn. Disse medlemmer mener en slik begrensning hadde kunnet forsvares hvis loven hadde gitt klart definerte rettigheter til pasient og bruker med hensyn til hvilke tjenester den enkelte hadde krav på og av hvilken kvalitet og hvilket omfang. Disse medlemmer viser til at departementet har valgt en annen modell, som gir kommunene en meget stor frihet, og at pasient og brukere har liten mulighet til å identifisere sine konkrete rettigheter. Disse medlemmer vil videre peke på at det gjennom loven tas sikte på å samle helse-, omsorgs-

og sosialtjenester i én lov. Disse medlemmer mener derfor det er uheldig at det legges opp til ulik klagebehandling av disse tjenestene.

Disse medlemmer mener at alle klagesaker som fremmes på bakgrunn av forvaltningsloven § 34 i pasientrettighetslovens § 7-6 gir fylkesmannen samme mulighet til å fatte nytt vedtak.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter skal § 7-6 første ledd lyde:

Forvaltningslovens regler om behandling av klager over enkeltvedtak gjelder så langt de passer. Fylkesmannen skal ved prøving av kommunale vedtak om helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd tredje punktum.»

2.6.2 Tilsyn

Komiteen har merket seg at i avveiningen om hvem som skal ha det regionale tilsynsansvaret, har departementet landet på Fylkesmannen fremfor Helsetilsynet. Komiteen ser poenget i å ha en felles tilsynsmyndighet for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten da det ofte er i skjæringspunktet mellom de to forvaltningsnivåene at det er fare for svikt. Komiteen ser også at Fylkesmannen har tilsynsansvar for store deler av den øvrige kommunale tjenesteytingen som kan ha betydning for den horisontale samhandlingen i kommunene. Komiteen registrerer at departementet med dette foreslår at Fylkesmannen blir både klageinstans og tilsynsinstans etter den nye loven.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti deler synet på at dette kan oppfattes som en svekkelse av Helsetilsynet i fylket (fylkeslegen), men ser de organisatoriske endringene departementet foreslår for å motvirke dette.

2.7 Særregulering overfor enkelte grupper

Komiteen vil understreke at bruk av tvang og makt må underlegges strenge reguleringer slik at andre løsninger i all hovedsak må vurderes først. Komiteen viser også til at det må stilles strenge krav til saksbehandlingsregler rundt bruk av tvang med tilhørende dokumentasjonsplikt når tvangstiltak iverksettes.

Komiteen viser til at lovforslaget når det gjelder bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede, i hovedsak er en videreføring av gjeldende rett, og at lovbestemmelsen tas inn i helse- og omsorgsloven.

Komiteen viser til at lovforslaget når det gjelder rusmiddelavhengige, også i hovedsak er en videreføring av gjeldende rett. Komiteen merker seg at det foretas noen begrepsendringer, og at noen av særbestemmelsene overfor disse tjenestemottakerne faller bort, siden de inkluderes i det nye utvidede begrepet for omsorgstjenester.

2.8 Økonomiske virkemidler og finansiering

2.8.1 Finansiering og egenbetaling

Komiteen merker seg at departementet går inn for å videreføre gjeldende rett med hensyn til egenbetalingsordningene. Komiteen vil i likhet med flere av høringsinstansene vise til at det er behov for en gjennomgang av dette området, da det kan virke uoversiktlig både for forvaltningen og for tjenestemottakere. Komiteen viser til de prinsippene som ble trukket frem i St.meld. nr. 45 (2002–2003), som utgangspunkt for forslag til endringer i egenbetalingsordningene. Komiteen vil advare mot at en som konsekvens av at skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester fjernes, kan få en dreining slik at tjenester som det i dag ikke kan kreves egenbetaling for, nå kan bli underlagt egenbetaling. Komiteen ber departementet følge denne utviklingen nøye.

2.8.2 Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet

Komiteen deler synet på at det er oppholdsprinsippet som må legges til grunn for kommunens sørge for-ansvar. Komiteen ser selvsagt at dette kan føre til ekstra belastninger i perioder for eksempel for «feriekommuner», men viser til at dette er en faktor som vurderes ved skjønnsmiddeltildeling. Komiteen ser at en kombinert oppholds/bostedsordning eller en slags gjestepasientordning fort kan føre til økt byråkrati. Komiteen merker seg at lovforslaget gir departementet anledning til å forskriftsfeste en utgiftsfordeling mellom bostedskommune og oppholdskommune.

2.8.3 Kommunal medfinansiering

Komiteen har merket seg at departementet går inn for en kommunal medfinansiering basert på medisinske behandlingsepisoder som omfatter alle aldersgrupper.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, deler synet på at pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling foreløpig ikke innlemmes i ordningen.

Flertallet viser til at den kommunale medfinansieringen etablerer en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Slik får kommunene et insentiv til å interessere seg for sammenhengen mellom bruk av egne ressurser og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Flertallet støtter dette virkemidlet med de avgrensinger som er foreslått.

Flertallet viser til at bestemmelsen i forslaget til § 11-3 gir departementet hjemmel til å gi forskrift om kommuners medfinansiering for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det prinsipielle utgangspunktet i helse- og omsorgstjenesteloven er at oppholdsprinsippet legges til grunn. Dette innebærer at kommunen skal sørge for, og i utgangspunktet ha finansieringsansvaret for, nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen.

Flertallet er kjent med at det i forbindelse med departementets arbeid med forskrift til kommunal medfinansiering av rapporterings- og regnskapstekniske hensyn i Norsk pasientregister (NPR) må tas utgangspunkt i pasientens bostedskommune selv om pasienten har oppholdt seg i en annen kommune, for eksempel i forbindelse med ferie. Data innrapportert til NPR går på bostedskommune, og siden kommunal medfinansiering skal basere seg på disse dataene, må forskrift om kommunal medfinansiering fastslå at det er bostedskommunen som får betalingsansvaret. Det vil følgelig være et unntak fra lovens hovedregel om at det er oppholdskommunen som skal yte og finansiere tjenestene. En annen løsning ville innebære at man må etablere et administrativt krevende gjestepasientoppgjør mellom kommunene.

Flertallet mener at forskriftshjemmelen bør presiseres noe for å tydeliggjøre at bostedsprinsippet legges til grunn ved oppgjørsordningen mellom de regionale helseforetakene og kommunene. Flertallet fremmer følgende forslag:

«I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal § 11-3 lyde:

§ 11-3 *Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester*

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes, og hvilken kommune som skal ha medfinansieringsansvaret.»

Komiteen har registrert at departementet anslår om lag 4,2 mrd. kroner i 2010 til en kommunal medfinansieringsordning for medisinske pasienter, inkludert poliklinisk virksomhet. Komiteen merker seg at disse midlene finansieres ved en tilsvarende reduksjon i bevilgningene til innsatsstyrt finansiering i helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen i høringsutkastet skisserte to modeller for kommunal medfinansiering; én modell med avgrensning etter alder og én modell etter diagnose. Disse medlemmer har merket seg at departementet har landet på å anbefale kommunal medfinansiering basert på diagnose, men samtidig vil regjeringen fordele de pengene de trekker ut fra helseforetakene til kommunene gjennom inntekstsystemet, basert på alderssammensettingen i befolkningen. Disse medlemmer mener dette er meget uheldig.

Disse medlemmer har merket seg at den kommunale medfinansieringen kun skal gjelde medisinske pasienter, og at rus og psykiatri ikke inngår. Disse medlemmer mener dette skaper utfordringer når det gjelder pasienter med sammensatte diagnoser hvor rus og psykiatri inngår.

Disse medlemmer viser i den forbindelse til at Helse- og omsorgsdepartementets egen ekspertgruppe som ble nedsatt i november 2010, uttaler:

«Vi fraråder kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelser, og vi fraråder andre økonomiske incentiver rettet mot eldre som dreier behandlingstilbudet mot helsetjenester som ikke er dokumentert å være faglig forsvarlige. Dette gjelder kommunale tilbud før og i stedet for sykehus og for tidlig utskriving av syke eldre fra sykehus.»

Samme ekspertgruppe uttaler også:

«Intermediæravdelinger med heldøgnsplasser i kommunene som alternativ før, i stedet for og etter sykehusopphold må ha samme finansieringskilde som sykehus. Dette for å unngå økonomisk press som påvirker sykehusene til å skrive ut pasienter for tidlig, og primærlegene til å unngå innleggelser av pasienter som trenger det.»

Disse medlemmer går imot å innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og vil derfor stemme mot § 11-3 i lovforslaget.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sitt primære syn om at finansieringen av helse- og omsorgstjenestene må være et statlig ansvar.

2.8.4 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Komiteen merker seg at de tas sikte på å innføre kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare somatiske pasienter fra første dag, og at ordningen er tenkt å tre i kraft 1. januar 2012. Komiteen merker seg at departementet tar sikte på å legge til grunn en nasjonal definisjon av hvilke pasienter som er utskrivningsklare. Komiteen viser til at videre behandlingsforløp for utskrivningsklare pasienter skal avklares gjennom avtaler mellom foretak og kommuner, og at det søkes å unngå unødvendige reinnleggelser.

Komiteen deler synet på at pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling foreløpig ikke innlemmes i ordningen.

Komiteen viser til at flere høringsinstanser er opptatt av de særlige utfordringer knyttet til utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling. Komiteen merker seg at flere høringsinstanser peker på at det er behov for å klargjøre oppgave- og ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene, og at der knyttet stor usikkerhet til omfanget av utskrivningsklare pasienter innenfor disse områdene. Komiteen slutter seg til det arbeidet som nå gjøres med å stille krav til de regionale helseforetakene om å registrere utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern til Norsk pasientregister i 2011, og ser at dette vil kunne danne grunnlag for å beregne omfang.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti forventer at departementet gjennom forskrift avklarer hva som skal legges til grunn for pasienter med sammensatte diagnoser hvor rus og psykiatri inngår.

Komiteen merker seg at regjeringen foreslår en sats på 4 000 kroner per døgn fra første dag for utskrivningsklare pasienter, og at dette vil innebære at om lag 560 mill. kroner overføres fra helseforetakene til kommunene fra 2012.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil påpeke at med Fremskrittspartiets primære syn om at «pengene følger pasienten» og staten betaler, så ville dette ikke vært en problemstilling. Da ville helsevesenet kunnet konsentrere seg om å gi rett behandling på rett nivå.

Komiteen viser til merknad under 2.8.3 om at det av rapporterings- og regnskapstekniske hensyn i Norsk pasientregister må tas utgangspunkt i pasientens bostedskommune ved oppgjørsordningen mellom de regionale helseforetakene og kommunene. Komiteen mener at også forskriftshjemmelen i forslaget til § 11-4 bør presiseres for å tydeliggjøre dette, og fremmer følgende forslag:

«I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal § 11-4 tredje ledd lyde:

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, betalingssatser etter første ledd og om hvilken kommune som skal ha ansvaret for utgiftene for utskrivningsklare pasienter.»

2.9 Andre temaer og forslag

2.9.1 Meldeordning for spesialisthelsetjenesten

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er kjent med at det har vært en stor grad av underrapportering av uheldige hendelser fra spesialisthelsetjenesten siden meldeordningen ble opprettet i 1993. Flertallet merker seg at departementet går inn for å flytte meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Statens helsetilsyn til Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Flertallet registrerer at departementets begrunnelse er læringsperspektivet, og at Kunnskapssenterets oppgave er å registrere, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser. Flertallet merker seg at meldingene skal sendes straks og ikke inneholde personidentifiserende opplysninger. Flertallet ser også at Kunnskapssenteret skal melde videre til Helsetilsynet ved mistanke om alvorlig systemsvikt. Flertallet ser også at prøveordningen om at helseforetak med mer skal varsle Statenes helsetilsynet ved alvorlige hendelser, som uventede dødsfall og betydelig skade på pasient foreslås lovfestet.

Flertallet vil vise til at regjeringen legger stor vekt på å bedre pasientsikkerheten, og at endring av meldeordning er ett av flere tiltak. Helse- og omsorgsministeren har innskjerpet kravene til pasientsikkerhet overfor helseforetakene og har orientert Stortinget om arbeidet som er i gang blant annet i den foreliggende lovproposisjonen. Flertallet er tilfreds med at det legges fram en egen stortingsmelding om dette viktige temaet i 2012 slik at Stortinget får en grundig orientering som grunnlag for sin drøfting.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti er kjent med at det har vært en stor grad av underrapportering av uheldige hendelser fra spesia-

listhelsetjenesten siden meldeordningen ble opprettet i 1993. Disse medlemmer merker seg at departementet går inn for å flytte meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Statens helsetilsyn til Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, i tråd med den prøveordning som ble etablert 1. juni 2010. Disse medlemmer registrerer at departementets begrunnelse er læringsperspektivet, og at Kunnskapssenterets oppgave er å registrere, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser. Disse medlemmer merker seg at meldingene skal sendes straks og være avpersonifisert når det har oppstått betydelig personskade. Disse medlemmer ser også at Kunnskapssenteret skal melde videre til Helsetilsynet ved mistanke om systemsvikt. Disse medlemmer ser også at Helsetilsynet skal varsles av virksomheten ved alvorlige hendelser, som uventede dødsfall og betydelig skade på pasient.

Disse medlemmer har merket seg at flere høringsinstanser er skeptiske til hvordan meldeordningen foreslås regulert. Disse medlemmer ser at Legeforeningen mener forslaget vil gå ut over pasientsikkerheten, og at den nye meldeordningen kan virke forvirrende.

Disse medlemmer mener det er viktig at avdekking av uønskede hendelser blir gjenstand for analysering og forbedring internt i virksomheten, som en del av internkontrollen. Disse medlemmer mener derfor det er riktig at meldeplikten er pålagt virksomheten. Disse medlemmer mener det er viktig at ledere er informert om at det er sendt avviksmeldinger slik at de har mulighet til å ta ansvar for og lede kvalitetsforbedringsarbeidet. Disse medlemmer mener det er viktig at Helsetilsynet i fylkene, som ansvarlig tilsynsinstans, har innsikt i risikoforhold og kvalitetsarbeid som utføres i de virksomheter de fører tilsyn med. Disse medlemmer ser viktigheten i at tilsynsmyndigheten har tilgang på en samlet oversikt over samtlige varsler, forløp og utfall fra de virksomheter de har tilsynsansvar for. Disse medlemmer stiller seg undrende til at meldeplikten ikke også omfatter nesten-uhell.

Disse medlemmer mener den meldeordningen det er lagt opp til for spesialisthelsetjenesten i § 3-3, ikke er tilfredsstillende. Disse medlemmer mener at denne type meldinger fortsatt skal gå direkte til Statens helsetilsyn, og derfra kan det videresendes kopi til Kunnskapssenteret.

Disse medlemmer vil på denne bakgrunn stemme mot de foreslåtte endringene i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og fremmer samtidig under henvisning til gjeldende rett i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 andre ledd følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennom forskrift regulere at Helsetilsynet i fylket videresender melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om de forhold som har ført til skade på pasient, eller kunne ha ført til skade på pasient.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener det i tillegg bør opprettes en meldeordning direkte fra helsepersonell til Kunnskapssenteret. Det bør tilrettelegges for at helsepersonell kan melde avvik elektronisk til Kunnskapssenteret. Kopi av meldingen sendes ledelsen. Denne ordningen kan forskriftshjemles i helsepersonellovens § 16. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennom forskrift til § 16 i helsepersonelloven regulere at helsepersonell kan melde direkte til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.»

3. Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) som foreslått i Prop. 91 L (2010–2011) skal lovens tittel lyde:

4. Lov om kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenester m.m. (helse-, omsorgs- og sosialtjenesteloven)

Forslag 2

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) som foreslått i Prop. 91 L (2010–2011) skal § 3-2 første ledd nr. 4 lyde:

Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning, psykologtjeneste, sykepleietjeneste, fysioterapitjeneste og jordmortjeneste

Forslag 3

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) som foreslått i Prop. 91 L (2010–2011) skal § 3-8a lyde:

§ 3-8 a Pårørendeopplæring mv.

Kommunen skal tilby råd, veiledning og opplæring til pårørende til personer som mottar helsetjenester i hjemmet etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a eller personlig assistanse etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, når de pårørende anmoder om det.

Forslag 4

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) som foreslått i Prop. 91 L (2010–2011) skal overskriften til § 3-10 lyde:

§ 3-10 Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner og private leverandører

Forslag 5

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) som foreslått i Prop. 91 L (2010–2011) skal § 3-10 tredje ledd lyde:

Helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige og ideelle organisasjoner og private leverandører som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Forslag 6

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) som foreslått i Prop. 91 L (2010–2011) skal § 7- 2 andre ledd lyde:

Den som har fått oppnevnt koordinator etter første ledd, kan anmode kommunen om å få oppnevnt en annen koordinator dersom ordningen ikke fungerer tilfredsstillende. Dersom det er praktisk mulig, plikter kommunen å oppnevne ny koordinator.

Andre ledd i proposisjonens lovforslag blir tredje ledd.

Forslag 7

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. skal ny § 2-5a tredje ledd lyde:

Den som har fått oppnevnt koordinator etter første ledd, kan anmode om å få oppnevnt en annen koordinator dersom ordningen ikke fungerer tilfredsstillende.

Tredje ledd i proposisjonens lovforslag blir fjerde ledd.

Forslag 8

I lov 2. juni 1999 nr. 63 om pasientrettigheter skal ny § 2-10 lyde:

§ 2-9 Rett til valg av sykehjemsplass i andre kommuner enn oppholdskommunen

Pasient som har fått vedtak om sykehjemsplass, har rett til å velge i hvilken kommune sykehjemsplassen skal tilbys.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om innholdet og gjennomføringen av valgretten etter bestemmelsen her.

Hvis forslag fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti om ny § 2-9 faller, blir paragrafen ny § 2-9.

Forslag 9

I lov 2. juni 1999 nr. 63 om pasientrettigheter skal § 7-6 første ledd lyde:

Forvaltningslovens regler om behandling av klager over enkeltvedtak gjelder så langt de passer. Fylkesmannen skal ved prøving av kommunale vedtak om helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd tredje punktum.

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen sørge for at en avtale mellom helseforetak og kommuner om tilbudet til rusmiddelavhengige sikrer at det er utarbeidet et ettervernstilbud fra første dag.

Forslag 11

Stortinget ber regjeringen igangsette arbeid med en forskrift som presiserer innhold i kommunalt psykisk helsearbeid. Det forutsettes at blant annet psykologtjeneste forskriftsfestes som nødvendig del av tverrfaglig helse- og omsorgstjeneste, og at det utarbeides en plan for å gjøre denne kompetansen tilgjengelig i alle landets kommuner.

Forslag 12

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om innføring av bemanningsnormer for legedekningen ved sykehjem fra 2012.

Forslag 13

Stortinget ber regjeringen legge frem egen sak hvor Kompetanseløftet 2015 endres og styrkes for å ta høyde for de utfordringene samhandlingsreformen innebærer.

Forslag 14

Stortinget ber regjeringen legge til rette for at det kan drives ulike pilotforsøk mellom samarbeidende kommuner og helseforetak for å prøve ut ulike samhandlingsordninger, oppgaveoverføring, ansvarsdeling og finansiering. Det forutsettes at det legges til rette for å drive følgeforskning på forsøksordningene.

Forslag 15

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å etablere en ordning med eldreombud.

Forslag 16

Stortinget ber regjeringen gjennom forskrift regulere at Helsetilsynet i fylket videresender melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om de forhold som har ført til skade på pasient, eller kunne ha ført til skade på pasient.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti:

Forslag 17

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) skal § 3- 2 første ledd punkt 7 lyde:

7. Tilbud om eldresenter

Forslag 18

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) skal § 3-2 første ledd punkt 8 lyde:

8. Tilbud om dagaktivitetstilbud til demente

Punktet vil bli punkt 7 hvis forslag om tilbud om eldresenter som punkt 7 faller.

Forslag 19

I lov 2. juni 1999 nr. 63 om pasientrettigheter skal ny § 2-9 lyde:

§ 2-9 Rett til dagaktivitetstilbud for demente

Demente har rett til dagaktivitetstilbud fra kommunen.

Forslag 20

Stortinget ber regjeringen utvide kravet om politiattest slik at det også omfatter personer som skal jobbe med eldre i pleie- og omsorgssektoren, etter modell fra kravet om vandelsattest for personer som jobber i yrker som yter tjenester til barn og psykisk utviklingshemmede.

Forslag 21

Stortinget ber regjeringen gjennom forskrift til § 16 i helsepersonelloven regulere at helsepersonell kan melde direkte til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

4. Komiteens tilråding

Komiteens tilråding til A fremmes av en samlet komité med følgende unntak: I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fremmes forslaget til lovens tittel, § 3-2 første ledd nr. 4, overskriften til § 3-10, § 3-10 tredje ledd og § 11-3 av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Det samme gjelder forslaget til § 7-6 første ledd i lov om pasientrettigheter.

Komiteens tilråding til B fremmes av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Komiteen viser til proposisjonen og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

A

vedtak til lov

om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

I

Kapittel 1 Formål og virkeområde

§ 1-1 *Lovens formål*

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

§ 1-2 *Lovens virkeområde*

Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen eller private som har avtale med kommunen, når ikke annet følger av loven her.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven her.

Kongen kan gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

Kapittel 2 Forholdet til andre lover

§ 2-1 *Forholdet til helsepersonelloven*

Helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen, herunder om at enkelte bestemmelser i helsepersonelloven ikke skal gjelde for personell som yter bestemte tjenester etter loven her.

§ 2-2 *Forholdet til forvaltningsloven*

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven.

Kapittel 3 Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-1 *Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester*

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras.

§ 3-2 *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
   a. helsetjeneste i skoler og
   b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
   a. legevakt,
   b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
   c. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
   a. helsetjenester i hjemmet,
   b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
   c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
   d. avlastningstiltak.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav og om adgangen til suspensjon av fastlegeordningen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

§ 3-3 *Helsefremmende og forebyggende arbeid*

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

§ 3-4 *Kommunens plikt til samhandling og samarbeid*

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

§ 3-5 *Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp*

Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntrer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide.

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om innholdet i plikten etter første til tredje ledd, herunder hvilke pasient- og brukergrupper som skal omfattes av tilbudet.

§ 3-6 *Omsorgslønn*

Kommunen skal ha tilbud om omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

§ 3-7 *Boliger til vanskeligstilte*

Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker.

§ 3-8 *Brukerstyrt personlig assistanse*

Kommunen skal ha tilbud om personlig assistanse etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, i form av praktisk bistand og opplæring, organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

§ 3-9 *Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen*

I de kommunene hvor det ligger fengsler i kriminalomsorgen skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte.

§ 3-10 *Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner*

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Kommuner innenfor forvaltningsområdet for samisk språk, jf. sameloven § 3-1 nr. 1, skal i tillegg til det som fremgår av første og andre ledd, sørge for at samiske pasienters eller brukeres behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utforming av tjenesten. Dette gjelder også den enkeltes utvidede rett til bruk av samisk språk i helse- og omsorgstjenesten etter sameloven § 3-5.

Kapittel 4 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

§ 4-1 *Forsvarlighet*

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt etter første ledd bokstav d.

§ 4-2 *Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.

Kapittel 5 Særlige plikter og oppgaver

§ 5-1 *Transport av behandlingspersonell*

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for transport av behandlingspersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet.

§ 5-2 *Beredskapsarbeid*

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

§ 5-3 *Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner*

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge personell som i kommunen utfører

oppgaver etter loven her, å utføre nærmere tilvist arbeid.

Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.

Den kommunen som mottar bistand etter andre ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt.

§ 5-4 *Politiattest*

Kommunen eller annen arbeidsgiver som yter tjenester etter loven her, skal ved tilbud om stilling eller oppdrag, kreve politiattest fra personell som skal yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemning. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemning.

Politiattesten skal vise om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller er dømt for brudd på straffeloven §§ 192 til 197, 199, 200 andre ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204 a. Attesten skal være uttømmende og ikke eldre enn tre måneder.

Den som er ilagt forelegg eller dømt for overtredelse som nevnt i andre ledd, er utelukket fra å utføre arbeid eller oppgaver som omhandlet i første ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av kravet om politiattest.

§ 5-5 *Kommunelege – medisinskfaglig rådgivning*

Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege. Kommunelegen plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningssentral.

Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen.

§ 5-6 *Sprøyterom*

Sprøyteromsordninger etablert i medhold av sprøyteromsloven er å anse som en kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommunen avgjør om den vil etablere en sprøyteromsordning. Kommunen kan ikke inngå avtale med private om drift av sprøyteromsordning.

§ 5-7 *Registrering av meldinger*

Kommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i kommunen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til et sentralt register.

§ 5-8 *Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen*

Kommunen kan pålegge personell som yter tjenester etter denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum kan bare skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov.

Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

§ 5-9 *Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen*

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid som omfattes av denne loven, skal på anmodning gi Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Den som skal gi opplysninger etter første punktum, skal også gi Statens helsetilsyn og Fylkesmannen adgang til virksomheten.

Den som skal gi opplysninger etter første ledd, eller som ønsker å gi opplysninger til Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen av eget tiltak, kan gjøre det uten hinder av taushetsplikt, dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver etter lov, forskrift eller instruks.

Opplysninger som er gitt Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen i henhold til denne bestemmelsen, kan uten hinder av taushetsplikten forelegges sakkyndige til uttalelse eller departementet til orientering.

§ 5-10 *Journal- og informasjonssystemer*

Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Kapittel 6 Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv.

§ 6-1 *Plikt til å inngå samarbeidsavtale*

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

§ 6-2 *Krav til avtalens innhold*

Avtalen skal som et minimum omfatte:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om jordmortjenester,
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
10. samarbeid om forebygging og
11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.

§ 6-3 *Frist for inngåelse av avtale*

Departementet kan fastsette en frist for når avtale som nevnt i § 6-1 skal være inngått. Det kan settes ulik frist for de forskjellige kravene etter § 6-2.

§ 6-4 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet*

De regionale helseforetakene skal sende avtaler som nevnt i § 6-1 til Helsedirektoratet innen en måned etter at de er inngått, og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

§ 6-5 *Endring og oppsigelse av avtaler*

Avtalepartene skal årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser.

Avtalen kan sies opp med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

§ 6-6 *Samarbeid mellom kommuner*

Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Kapittel 7 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

§ 7-1 *Individuell plan*

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold.

§ 7-2 *Koordinator*

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

§ 7-3 *Koordinerende enhet*

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.

Kapittel 8 Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

§ 8-1 *Undervisning og praktisk opplæring*

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.

§ 8-2 *Videre- og etterutdanning*

Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning.

Kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om videre- og etterutdanningen.

§ 8-3 *Forskning*

Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kapittel 9 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

§ 9-1 *Formål*

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt.

Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett.

Ingen skal behandles på en nedverdigende eller krenkende måte.

§ 9-2 *Virkeområde*

Reglene i kapitlet her gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter § 3-2 nr. 6 bokstavene a til d til personer med psykisk utviklingshemning.

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her regnes tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

§ 9-3 *Rett til medvirkning og informasjon*

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten.

Brukeren, pasienten, pårørende, verge eller hjelpeverge, skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.

Dersom verge eller hjelpeverge ikke allerede er oppnevnt der kommunen anser det aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her, skal hjelpeverge oppnevnes. Kommunen skal begjære oppnevning av hjelpeverge dersom ikke oppnevning er begjært av andre som kan fremsette slik begjæring, jf. vergemålsloven § 90 a. Opplysninger om personlige forhold som hjelpevergen mottar, kan bare gis videre dersom det er nødvendig for å utføre hjelpevergeoppdraget.

Som pårørende regnes den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 9-4 *Krav til forebygging*

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i § 9-1 andre ledd, jf. også § 9-5 første ledd, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring etter § 8-1, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter kapitlet her.

§ 9-5 *Vilkår for bruk av tvang og makt*

Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter kapitlet her settes i verk. Kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse.

Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte bruker eller pasient. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.

Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:

a. skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner
b. planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner
c. tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

§ 9-6 *Særlige grenser for bruk av enkelte tiltak*

Mekaniske tvangsmidler som hindrer brukerens eller pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at brukeren eller pasienten skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 9-5 være oppfylt.

Dersom en nødssituasjon etter § 9-5 tredje ledd bokstavene a og b gjør det nødvendig å skjerme brukeren eller pasienten fra andre personer, skal skjermingen foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses. Vedkommende skal i alle tilfeller holdes under oppsyn, og skjermingen skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll.

Det er ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c som påfører brukeren eller pasienten smerte eller psykisk eller fysisk skade, herunder all form for fysisk refselse, eller som innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for brukeren eller pasienten eller medfører fysisk isolering.

§ 9-7 *Kommunens saksbehandling*

Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 9-5 tredje ledd bokstav a treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller – dersom det ikke er tid til dette – av tjenesteyteren. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Reglene i tredje ledd bokstavene a til e og bokstav i om hva som skal nedtegnes, gjelder tilsvarende. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge eller hjelpeverge og pårørende, eller på den måten Fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 9-11 første ledd.

Vedtak i medhold av § 9-5 tredje ledd bokstav b og c treffes av den som har det overordnete faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene.

Vedtaket skal settes opp skriftlig og inneholde:

a. brukerens eller pasientens navn og tid og sted for vedtaket,
b. beskrivelse av brukerens eller pasientens situasjon og en faglig vurdering av denne,
c. beskrivelse av de tiltakene som skal settes i verk og den faglige begrunnelsen for disse,
d. fastsettelse av tidsramme for tiltakene,
e. bekreftelse på at vilkårene i kapitlet er oppfylt, herunder begrunnelse etter § 9-5 første ledd annet punktum,
f. opplysning om hvilken holdning brukeren eller pasienten og dennes representant har til tiltaket,
g. angivelse av faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket,
h. opplysning om Fylkesmannens overprøvingsmyndighet og adgang til å uttale seg i saker som skal overprøves etter § 9-8, og
i. opplysning om tilsynsmyndighet.

Vedtaket skal sendes Fylkesmannen til overprøving etter § 9-8. Vedtaket skal samtidig sendes spesialisthelsetjenesten, verge eller hjelpeverge og pårørende som kan avgi uttalelse til Fylkesmannen. Frist for å avgi slik uttalelse er en uke fra vedtaket er mottatt. Vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av Fylkesmannen. Dersom vedtaket er påklaget etter § 9-11 andre ledd, kan vedtaket ikke iverksettes før fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har godkjent vedtaket.

§ 9-8 *Fylkesmannens overprøving*

Fylkesmannen skal overprøve vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c, jf. § 9-7 fjerde ledd. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Fylkesmannen skal gi vergen eller hjelpevergen og pårørende opplysning om klageadgangen etter § 9-11 andre ledd.

§ 9-9 *Krav til gjennomføring og evaluering*

Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c.

Brukeren eller pasienten har rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere til stede dersom dette ikke er til ugunst for brukeren eller pasienten.

Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høgskolenivå. Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet.

Tiltaket skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks, dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger.

§ 9-10 *Plikt til å føre journal*

Reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder.

§ 9-11 *Klage*

Beslutning etter § 9-5 tredje ledd bokstav a kan påklages av brukeren eller pasienten, verge eller hjelpeverge og pårørende til Fylkesmannen. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c som er overprøvd av Fylkesmannen etter § 9-8, kan påklages av brukeren eller pasienten, vergen eller hjelpevergen og pårørende, til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Klageadgangen gjelder også hvis Fylkesmannen har nektet å godkjenne kommunens vedtak, forutsatt at kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre tiltaket. Fylkesnemnda skal prøve alle sider av saken.

Det kan oppnevnes et eget utvalg av fagkyndige for saker som etter reglene i dette kapitlet skal behandles av fylkesnemnda. Forhandlingsmøte for saker etter denne bestemmelsen, skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-21. Kongen kan gi forskrift om at disse reglene skal gjelde helt eller delvis.

Klagesaken skal forberedes av Fylkesmannen etter bestemmelsene i forvaltningsloven § 33 første til fjerde ledd. Fylkesmannen skal redegjøre for de omstendigheter som ligger til grunn for vedtaket. De skriftlige uttalelser og forklaringer som vedtaket bygger på, skal vedlegges. Det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda.

Klagefristen er tre uker fra vedtaket eller melding om beslutning er kommet frem til den som har klagerett etter første og andre ledd.

§ 9-12 *Overprøving i tingretten*

Vedtak i klagesak etter § 9-11 andre ledd kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har nektet å godkjenne kommunens vedtak.

Saksøker er den som tvangsinngrepet er rettet mot. Saksøker kan reise sak på egen hånd dersom vedkommende har evne til å forstå hva saken gjelder. Søksmål kan også reises av pårørende, verge eller hjelpeverge. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

Fristen til å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket.

§ 9-13 *Spesialisthelsetjenesten*

Reglene i dette kapitlet gjelder tilsvarende for spesialisthelsetjenesten når den deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 9-7.

Som ledd i spesialisthelsetjenestens utførelse av oppgaver etter §§ 9-7 og 9-9, kan det treffes vedtak om bruk av tvang og makt i medhold av reglene i dette kapitlet. Saksbehandlingsreglene i dette kapitlet gjelder så langt de passer.

Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet.

§ 9-14 *Forskrift*

Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapitlet.

Kapittel 10 Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

§ 10-1 *Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende*

Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

En persons pårørende etter første ledd er den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 10-2 *Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke*

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

Vedtak etter første ledd skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av pasienten under institusjonsoppholdet.

Fylkesnemndas vedtak etter første ledd kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen seks uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal et forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-3 *Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige*

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-4 *Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.*

Når en rusmiddelavhengig på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, kan institusjonen sette som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold. Dersom den rusmiddelavhengige rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt den rusmiddelavhengige er brakt tilbake til institusjonen.

Samtykket skal være skriftlig og skal gis til institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner. Slikt samtykke kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 og 10-3. Før den rusmiddelavhengige gir sitt samtykke, skal han eller hun gjøres kjent med eventuelle vilkår som nevnt i første og andre ledd.

Institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at den rusmiddelavhengige før oppholdet begynner, gir samtykke til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet.

Et barn over 12 år med rusproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

§ 10-5 *Bruk av fylkesnemnda i saker etter §§ 10-2 og 10-3*

Barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-23 gjelder tilsvarende for saker etter §§ 10-2 og 10-3 i den utstrekning annet ikke fremgår av loven her.

Forhandlingsmøte for saker etter §§ 10-2 og 10-3 skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14.

§ 10-6 *Innledning til sak etter §§ 10-2 og 10-3*

En sak etter §§ 10-2 og 10-3 innledes ved at kommunen utarbeider begjæring om tiltak etter vedkommende bestemmelse.

Dersom begjæringen skal forelegges et folkevalgt organ, skal begjæringen, dersom organet er enig, med eventuelle merknader omgående sendes til fylkesnemnda. Haster saken, kan den sendes til nemnda uten at den er forelagt det folkevalgte organet på forhånd.

§ 10-7 *Overprøving i tingretten*

Nemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36 av den private part eller av kommunen. Kommunen er part i saken. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket. Det kan gis oppfriskning etter tvisteloven mot oversittelse av fristen.

Kommunen dekker sine egne omkostninger i saken.

§ 10-8 *Ansvaret for å reise tvangssak*

Ansvaret for å reise sak etter §§ 10-2 og 10-3 har den kommunen der den rusmiddelavhengige opphol-

der seg. Ved avtale mellom de berørte kommunene kan ansvaret overføres til en annen kommune som den rusmiddelavhengige har tilknytning til.

Den kommunen som har reist saken, har ansvaret for iverksetting av vedtaket. Endring i den rusmiddelavhengiges tilknytning til kommunen medfører ingen endring i ansvarsforholdet hvis det ikke blir inngått avtale som nevnt i første ledd andre punktum.

Kapittel 11 Finansiering og egenbetaling

§ 11-1 *Kommunens ansvar for utgifter*

Kommunen skal sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak kommunen har ansvaret for etter loven her. Utgifter til bedriftshelsetjeneste dekkes ikke av kommunen. Dette gjelder også når slik tjeneste organiseres av kommunen.

Kostnadene ved de tjenester og tiltak som er nevnt i første ledd, skal dekkes av den kommunen som etter § 3-1 og § 10-8 er ansvarlig for å yte tjenesten eller sette i verk tiltaket. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der en pasient eller bruker får tjenester av en annen kommune enn der vedkommende har fast bosted eller fast opphold, og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling i slike tilfeller.

Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, skal helt eller delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen.

Kommunen dekker reiseutgifter for behandlingspersonell som gir helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5. Det samme gjelder for kommunalt ansatt helsepersonell eller helsepersonell som har avtale med kommunen for å yte helsehjelp, herunder helsepersonell ansatt ved familievernkontor. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om dekning av reiseutgifter for behandlingspersonell og for andre tilfeller enn nevnt i fjerde ledd. Videre kan det gis forskrifter med nærmere bestemmelser om fast skyssgodtgjørelse til behandlingspersonell.

I den utstrekning helsetjenester som omhandlet i § 3-2 gir rett til stønad etter forskrift fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal kommunen dekke utgifter til helsetjenester som personer bosatt i kommunen har mottatt i et annet EØS-land. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

§ 11-2 *Vederlag for helse- og omsorgstjeneste*

For hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen, kan kommunen kreve vederlag av pasient og bruker når dette følger av lov eller forskrift.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vederlag for helse- og omsorgstjenester.

§ 11-3 *Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester*

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfatte,s og hvilken kommune som skal ha finansieringsansvaret.

§ 11-4 *Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter*

Kommunen skal fra og med dag én dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter, jf. § 6-1.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, betalingssatser etter første ledd og om hvilken kommune som skal ha ansvaret for utgiftene for utskrivingsklare pasienter.

§ 11-5 *Tilskudd fra staten*

Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene etter regler gitt av Kongen. Til de berørte kommuner yter dessuten staten årlig et særskilt tilskudd til fengselshelsetjenesten, jf. § 3-9.

Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til helsetjenester etter de regler som er fastsatt i og i medhold av folketrygdloven.

Kapittel 12 Forskjellige bestemmelser

§ 12-1 *Taushetsplikt*

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 121.

Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil ska-

de tilliten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning.

Opplysninger til andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 kan bare gis når dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter loven her, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

Dersom et barns interesser tilsier det, kan Fylkesmannen eller departementet bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent.

§ 12-2 *Legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjeneste*

Departementet fastsetter hvert år en samlet ramme for

1. antall nye legestillinger som kan opprettes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og
2. antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innhold og gjennomføring av legefordeling til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

§ 12-3 *Statlig tilsyn*

Fylkesmannen skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3 til 10 og §§ 11-2, 11-3 og 11-4. Ved tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c skal det også føres stedlig tilsyn. I forbindelse med tiltak etter kapittel 9 kan tilsynet gjennomføre tilsynsbesøk uten beboerens samtykke.

Kommuneloven kapittel 10 A gjelder tilsvarende for tilsynsvirksomheten etter første ledd, med unntak av § 60 d. Statens helsetilsyn kan gi pålegg etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 5.

§ 12-4 *Særlige bestemmelser ved opphold i institusjon*

En institusjon skal drives slik at beboerne selv kan bestemme i personlige spørsmål og ha det samkvem med andre som de selv ønsker, så langt det er forenlig med formålet ved oppholdet og med institusjonens ansvar for driften.

Beboerne skal gis adgang til å bevege seg både i og utenfor institusjonen med de begrensninger som institusjonen fastsetter av hensyn til behovet for trygghet og trivsel.

Det er ikke tillatt å bruke innelåsing i enerom, andre tvangstiltak eller å føre kontroll med beboernes korrespondanse, med mindre det er tillatt ved lov eller forskrifter som nevnt i fjerde ledd.

Kongen kan gi forskrift til utfylling av bestemmelsene i første til tredje ledd, herunder om bruk av tvangsmidler, om urinprøvetaking, om kontroll med beboernes korrespondanse med sikte på å hindre at rusmidler eller farlige gjenstander bringes inn i institusjonen og om forvaltning av beboernes midler.

§ 12-5 *Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer*

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelig.

Kapittel 13 Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser og endringer i andre lover

§ 13-1 *Ikrafttredelse*

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan sette de enkelte bestemmelser i loven i kraft til forskjellig tid.

§ 13-2 *Eldre forskrifter mv.*

Forskrifter, vedtekter og instrukser gitt med hjemmel i lov som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder også etter denne lov er satt i kraft, med mindre de strider mot loven her eller forskrift i medhold av loven.

§ 13-3 *Endringer i andre lover*

Fra det tidspunktet loven trer i kraft, oppheves lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Fra samme tidspunkt gjøres følgende endringer i andre lover:

1. I lov 22. mai 1902 nr. 10 Almindelig borgerlig Straffelov gjøres følgende endring:

§ 39 a femte ledd skal lyde:

Kongen kan gi forskrift om at *helse- og omsorgstjenesteloven* kapittel *9* skal gjelde tilsvarende. Kongen kan gi særlige regler om saksbehandlingen.

§ 39 b andre ledd skal lyde:

Den domfelte, dennes nærmeste pårørende eller den faglig ansvarlige ved den institusjonen som har behandlingsansvaret for den domfelte, kan begjære opphør av reaksjonen. Hvem som er den domfeltes

nærmeste pårørende, avgjøres etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 1-3 første ledd bokstav b. Påtalemyndigheten fremmer saken for tingretten, som avgjør den ved dom. Behandlingen av saken skal påskyndes.

2. I lov 22. juni 1962 nr. 12 om pensjonsordning for sykepleiere gjøres følgende endringer:

§ 1 andre ledd skal lyde:

Offentlig godkjente sykepleiere ansatt i stilling knyttet til *helse- og omsorgstjenesten* i henhold til *helse- og omsorgstjenesteloven* skal være medlemmer i pensjonsordningen for sykepleiere. Herunder omfattes blant annet ansatte ved:

a. privat sykehjem hvor eier har inngått avtale med kommune om utgiftsgodtgjøring
b. privat omsorgsbolig hvor eier har inngått avtale med kommune om utgiftsgodtgjøring
c. allmennpraktiserende lege med fastlegeavtale
d. privatpraktiserende fysioterapeut med avtale om driftstilskudd fra kommune.

3. I lov 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp skal § 17 tredje ledd nr. 1 lyde:

1. I saker som skal behandles av fylkesnemnda *etter helse- og omsorgstjenesteloven.*

4. I lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten skal § 2-3 første ledd lyde:

Den som ikke får den hjelp som er bestemt i denne lov og godkjent plan, kan klage til det organ fylkeskommunen bestemmer. Går avgjørelsen klageren imot eller avvises klagen, kan avgjørelsen klages til *Fylkesmannen.*

5. I lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten gjøres følgende endringer:

Lovens tittel skal lyde:

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)

§ 1 skal lyde:

§ 1 *Tilsynsmyndighetene*

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med *helse- og omsorgstjenesten* i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Statens helsetilsyn ledes av en direktør. Direktøren utnevnes av Kongen på åremål.

I hvert fylke skal det være en *fylkeslege. Fylkeslegen* utnevnes av Kongen.

Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Kongen kan bestemme at en *fylkesmann* skal ha mer enn ett fylke i sin embetskrets. Statens helsetilsyn kan gi den enkelte *fylkesmann* oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke.

§ 2 skal lyde:

§ 2 *Fylkesmannens og Statens helsetilsyns oppgaver*

Fylkesmannen skal føre tilsyn med *helse- og omsorgstjenesten i fylket* og *med* alt helsepersonell *og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester.*

I tilknytning til tilsynet *skal Fylkesmannen* gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for *helse- og omsorgstjenester* blir dekket.

Fylkesmannen skal holde Statens helsetilsyn orientert om *forholdene i helse- og omsorgstjenesten* i fylket og om forhold som innvirker på disse.

Fylkesmannen skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier advarsel eller tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter *helsepersonelloven* kapittel 11.

Statens helsetilsyn gir administrative reaksjoner etter reglene i lov om helsepersonell kapittel 11. *Fylkesmannen og Statens helsetilsyn kan ikke bruke melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 første ledd som grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Det samme gjelder begjæring om påtale med hjemmel i helsepersonelloven § 67 andre ledd.*

Når Statens helsetilsyn mottar varsel etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 b, skal Statens helsetilsyn snarest mulig foreta stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.

Fylkesmannen og Statens helsetilsyn skal registrere advarsel og tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter *helsepersonelloven* kapittel 11.

Fylkesmannen og Statens helsetilsyn skal informere *personellets* arbeidsgiver om advarsel, tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett og begrensning av autorisasjon etter *helsepersonelloven* kapittel 11.

§ 3 skal lyde:

§ 3 *Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll*

Enhver som yter *helse- og omsorgstjenester* skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og

sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Fylkesmannen skal påse at alle som yter *helse- og omsorgstjenester* har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i *tjenestene*.

§ 5 skal lyde:

§ 5 *Adgang til å gi pålegg*

Hvis virksomhet innen *helse- og omsorgstjenesten* drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte *er uforsvarlig*, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholdene.

6. I lov 17. februar 1989 nr. 2 om bidragsforskott skal § 4 første ledd bokstav c lyde:

c) barnet får rett til fullt underhold av det offentlige. Dette gjelder likevel ikke underhold etter lov om *sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*.

7. I lov 17. juli 1992 nr. 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner skal § 1-5 lyde:

§ 1-5 *Kommunens plikt til å bistå personer med alvorlige gjeldsproblemer*

Kommunen skal så langt det er mulig bistå en skyldner som forsøker å komme frem til en utenrettslig gjeldsordning eller liknende med sine fordringshavere, jf. *lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 17*.

8. I lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester gjøres følgende endringer:

§ 2-4 andre ledd skal lyde:

Kongen kan samtykke til at det i forhold til andre som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, fravikes fra lovbestemt taushetsplikt som er fastsatt i denne loven og i følgende lover: Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 6-1, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. kapittel 5, lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker §§ 13 til 13 f, lov 17. juni 2005 nr. 64 om barnehager § 20, *lov ... om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-1* og lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa § 15-1. Det kan videre gis samtykke til at det på forsøksstedet opprettes et felles registreringskartotek. Kartoteket skal angi hvorvidt de enkelte forvaltningsorganer sitter inne med opplysninger om den enkelte klient eller pasient, og hvor opplysningene eventuelt finnes.

§ 6-4 tredje ledd skal lyde:

Også yrkesutøvere i medhold av *helsepersonelloven, psykisk helsevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven*, lov om familievernkontorer, *meklingsmenn* i ekteskapssaker (jf. lov om ekteskap), samt *friskolelova* plikter å gi opplysninger etter reglene i andre ledd.

§ 6-7 tredje ledd skal lyde:

Opplysninger til andre forvaltningsorganer, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, kan bare gis når dette er nødvendig for å fremme barneverntjenestens, institusjonens, senteret for foreldre og barns eller omsorgssenteret for mindreåriges oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Også yrkesutøvere i medhold av helsepersonelloven kan gis opplysninger etter denne bestemmelsen. Uten hinder av taushetsplikt skal barneverntjenesten av eget tiltak gi opplysninger til *helse- og omsorgstjenesten i kommunen* når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. *helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3*. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av *helse- og omsorgstjenesteloven,* plikter barneverntjenesten å gi slike opplysninger.

9. I lov 25. september 1992 nr. 107 om lov om kommuner og fylkeskommuner gjøres følgende endringer:

§ 28 f nr. 2 oppheves.

§ 28 f nr. 3 skal lyde:

Administrasjonen i vertskommunen er underinstans etter forvaltningsloven § 33 annet ledd ved behandling av klager etter *nr. 1. Det* samme gjelder der det i lov er fastsatt at et statlig organ er klageinstans.

§ 28 g nr. 2 oppheves.

§ 28 g nr. 3 skal lyde:

Hver av deltakerkommunene skal være representert i klagenemnd oppnevnt etter *nr. 1. Klagenemnda* velger selv sin leder og nestleder. For øvrig gjelder bestemmelsene om faste utvalg så langt de passer.

10. I lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjøres følgende endringer:

§ 3-3 andre ledd skal lyde:

Forhåndsundersøkelse kan kreves bare når en slik sykdom vil forårsake ekstraordinære forebyg-

gende tiltak av hensyn til faren for overføring til andre pasienter eller til personale, og såfremt tiltakene kan gi vesentlig større sikkerhet mot smitteoverføring eller bety en vesentlig lettelse eller besparelse for *helse- og omsorgstjenesten*.

§ 3-8 første ledd skal lyde:

Departementet skal fastlegge et nasjonalt program for vaksinering mot smittsomme sykdommer. *Kommunen* skal tilby befolkningen dette programmet.

§ 4-9 skal lyde:

§ 4-9 *Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak*

Etter pålegg fra kommunestyret har helsepersonell *ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen,* plikt til å gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne delta i de særlige oppgaver som smittevernarbeidet krever.

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom har helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring, plikt til å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet etter kommunestyrets nærmere bestemmelse.

Helsepersonell har plikt til å følge *Helsedirektoratets* pålegg etter § 7-10 om at en allmennfarlig smittsom sykdom skal forebygges, undersøkes, behandles, eller pleies etter bestemte faglige retningslinjer, eller at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik *Helsedirektoratet* bestemmer eller bare må gjøres av noen som *Helsedirektoratet* har godkjent.

En lege *som er ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen,* har plikt til å delta i forebyggelse av en allmennfarlig smittsom sykdom og i undersøkelse og behandling av en person som er smittet med en slik sykdom, når det er nødvendig og etter vedtak av kommunestyret.

§ 6-1 første ledd skal lyde:

Enhver har rett til nødvendig smittevernhjelp. Smittevernhjelp er å anse som en del av rett til *nødvendige helse- og omsorgstjenester*, jf. *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a* første og annet ledd *og § 2-1 b første og annet ledd*.

§ 7-1 andre og tredje ledd skal lyde:

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder

- skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen,
- drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges,
- sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk,
- sørge for at andre tiltak etter *loven her, folkehelseloven* eller *helse- og omsorgstjenesteloven* blir satt i verk.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens *helse- og omsorgstjeneste*. *Helse- og omsorgstjenesten* i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

§ 7-2 andre ledd bokstav a skal lyde:

1. utarbeide forslag til plan for *helse- og omsorgstjenestens* arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,

§ 7-4 skal lyde:

§ 7-4 *Fylkesmannens oppgaver*

Fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer, og skal holde Statens helsetilsyn og *Helsedirektoratet* orientert om forholdene i fylket*, jf. helsetilsynsloven*.

§ 7-11 første ledd skal lyde:

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha etter denne loven, *helse- og omsorgstjenesteloven* og *spesialisthelsetjenesteloven* i forbindelse med smittsomme sykdommer.

11. I lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse skal § 2 lyde:

Med bøter eller fengsel inntil ett år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, *den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten,* skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, som forsettlig unnlater, ved anmeldelse eller på annen måte, å søke avverget en kjønnslemlestelse, jf. § 1. Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn. Avvergelsesplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt. Unnlatelsen er ikke straffbar hvis kjønnslemlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.

12. I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd gjøres følgende endringer:

§ 5-4 andre ledd skal lyde:

Stønad til legehjelp gis bare dersom legen har fastlegeavtale med kommunen, *jf. lov om kommunale*

helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd, eller avtale om driftstilskott med regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a *sjette* ledd. Det kreves ikke fastlegeavtale eller avtale om driftstilskott når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.

§ 5-8 andre ledd skal lyde:

Stønad til fysioterapi ytes bare dersom fysioterapeuten har avtale om driftstilskott med kommunen, *jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd.*

§ 5-12 første ledd skal lyde:

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor. Stønad ytes bare dersom jordmor har avtale om driftstilskott med kommunen eller er ansatt i kommunen, *jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd.*

§ 6-8 første ledd skal lyde:

Retten til grunnstønad og hjelpestønad faller bort når et medlem oppholder seg i en institusjon etter *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* eller lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Det samme gjelder for et medlem som sitter i varetekt, soner straff eller utholder særreaksjon i en slik institusjon eller i en av kriminalomsorgens anstalter.

Strekpunkt fem i innledningen til kapittel 21 om saksbehandling i trygdesaker skal lyde:

– bistand fra barnevernstjenesten, *den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og kommunale organer etter introduksjonsloven* står i § 21-5

§ 21-5 skal lyde:

§ 21-5 *Bistand fra barnevernstjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og kommunale organer etter introduksjonsloven*

Barnevernstjenesten, *den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten* og kommunale organer etter introduksjonsloven plikter å innhente opplysninger og gi uttalelser til Arbeids- og velferdsetaten og Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer om forhold som har betydning for behandlingen av saker etter denne loven.

Departementet gir forskrifter om samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og Helsedirektoratet, barnevernstjenesten, *den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten* og kommunale organer etter introduksjonsloven.

§ 23-3 andre ledd nr. 2 bokstav f skal lyde:

Kvalifiseringsstønad etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen,*

13. I lov 19. juni 1997 nr. 62 om familievernkontorer skal § 9 lyde:

§ 9 *Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten*

Fagpersonell ved familievernkontor skal i sitt arbeid være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra *den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten,* og skal av eget tiltak gi *den kommunale helse- og omsorgstjenesten og* sosialtjenesten opplysninger om slike forhold. Opplysninger kan likevel bare gis etter samtykke fra klienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 5 skal fagpersonell ved familievernkontorer av eget tiltak gi opplysninger til *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. *helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.* Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av *helse- og omsorgstjenesteloven*, plikter fagpersonell ved familievernkontorer å gi slike opplysninger.

14. I lov 26. mars 1999 nr. 14 om skatt av formue og inntekt gjøres følgende endringer:

§ 5-42 første ledd bokstav e skal lyde:

introduksjonsstønad beregnet etter lov om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere kapittel 3 og kvalifiseringsstønad etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*.

§ 5-43 første ledd bokstav c skal lyde:

bidrag til livsopphold etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*,

§ 12-2 første ledd bokstav h skal lyde:

introduksjonsstønad beregnet etter lov om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere kapittel 3 og kvalifiseringsstønad etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*.

15. I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 2-1 a skal lyde:

§ 2-1 a *De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester*

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helse-

regionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap,
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt,
5. tverrfaglig spesialisert behandling for *rusmiddelavhengighet*, herunder institusjonsplasser som kan ta imot *rusmiddelavhengige* med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4*,
6. transport til undersøkelse eller behandling i *helse- og omsorgstjenesten* og
7. transport av behandlingspersonell.

Det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade.

De regionale helseforetakenes ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot *rusmiddelavhengige* med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4*.

Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen.

Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til tjenester som omfattes av denne loven.

Ny § 2-1 e skal lyde:

§ 2-1 e *Samhandling og samarbeid*

Det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.

§ 2-2 skal lyde:

§ 2-2 *Plikt til forsvarlighet*

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. *Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.*

§ 2-5 nytt andre ledd skal lyde:

Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Nåværende andre ledd blir nytt tredje ledd.

Ny § 2-5 a skal lyde:

§ 2-5 a *Koordinator*

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes koordinator. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinatoren bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

Ny § 2-5 b skal lyde:

§ 2-5 b *Koordinerende enhet*

Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. I tillegg skal enheten ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. §§ 2-5 og 2-5 a.

Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.

Ny § 2-6 skal lyde:

§ 2-6 *Utskrivningsklare pasienter*

Regionalt helseforetak skal inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivningsklare pasienter, jf. § 2-1 e annet ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold og kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, og betalingssatser etter første ledd.

§ 3-2 første ledd skal lyde:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. *Den skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.*

Ny § 3-3 skal lyde:

§ 3-3 *Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal straks sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Meldingen skal ikke inneholde personidentifiserende opplysninger.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal sikre at opplysninger om enkeltpersoner ikke kan tilbakeføres til den det gjelder.

Ved mistanke om alvorlig systemsvikt skal Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten varsle Statens helsetilsyn.

Melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon i medhold av helsepersonelloven kapittel 11. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 annet ledd.

Departement kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om meldinger som nevnt i annet ledd, herunder om innholdet i meldingene. Departementet kan bestemme at meldeplikten også skal gjelde for spesialisthelsetjenester som ikke er omfattet av annet ledd.

Ny § 3-3 a skal lyde:

§ 3-3 a *Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser*

For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om varsling som etter første ledd, herunder om innholdet i varslene. Departementet kan i forskrift også bestemme at andre helsetjenester enn de som fremgår av første ledd, skal omfattes av varslingsplikten.

Ny § 3-4 skal lyde:

§ 3-4 *Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg*

Helseinstitusjon som omfattes av denne lov, skal opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg som ledd i det systematiske arbeidet institusjonen skal utføre i henhold til § 2-1 a tredje ledd og § 3-4 a.

Utvalgene kan uten hinder av taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av deres arbeid.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om utvalgenes arbeid, herunder om informasjon til pasienter og om habilitet for utvalgets medlemmer.

Ny § 3-4 a skal lyde:

§ 3-4 a *Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*

Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd.

§ 3-7 oppheves.

§ 3-11 første og andre ledd skal lyde:

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b*, § 2-2, § 2-3, § 2-4 og § 2-5.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi slik informasjon som pasienten har

rett til å motta etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 3-2 siste ledd.

§ 3-12 skal lyde:

§ 3-12 *Henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten*

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal vurdere henvisning *fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og* sosialtjenesten om behandling som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5.

Kongen kan fastsette nærmere forskrifter om *den kommunale helse- og omsorgstjenestens og* sosialtjenestens adgang til å henvise til behandling som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5.

§ 3-13 skal lyde:

§ 3-13 *Varsel til tilsynsmyndigheten*

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal uten ugrunnet opphold varsle *Fylkesmannen* ved innleggelse med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3.* Varsel skal også gis ved innleggelse med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4* dersom samtykket er gitt ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3.*

§ 3-14 skal lyde:

§ 3-14 *Adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelavhengighet m.m.*

Er en person plassert i en institusjon med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 eller 10-4*, kan institusjonen begrense adgangen til å forlate institusjonen i den utstrekning det er nødvendig etter vedtakets formål.

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 gjelder tilsvarende for tjenester som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilbakeføring ved rømming fra institusjon etter plassering med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 eller 10-4*, herunder regler om ansvar for innbringing, praktisk gjennomføring og saksbehandling.

§ 3-15 skal lyde:

§ 3-15 *Varsel til kommunen ved utskrivning*

Når utskrivning fra tjeneste som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5 bør medføre tiltak fra *den kommunale helse- og omsorgstjenesten,* og pasienten ønsker det, skal *kommunen* varsles om utskrivningen i god tid på forhånd. Utskrivning skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2* og *10-3* skal *kommunen* alltid varsles.

§ 3-16 andre ledd skal lyde:

Regler etter første ledd bokstav b og d kan gjøre unntak fra reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b* andre og fjerde ledd.

§ 4-2 fjerde ledd nytt andre punktum skal lyde:

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tildeling av avtalehjemmel til lege- og psykologspesialister.

§ 5-2 tredje ledd skal lyde:

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til behandling, forpleining, reise og opphold og reise og opphold for nødvendig ledsager når en pasient har rett til nødvendig helsehjelp etter *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b* fjerde eller femte ledd og annen norsk myndighet har forskuttert beløpet overfor norske eller utenlandske tjenesteytere.

§ 6-2 skal lyde:

§ 6-2 *Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen*

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid som angår helsetjenester som omfattes av denne loven, skal på anmodning gi Statens helsetilsyn eller *Fylkesmannen* opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Den som skal gi opplysning etter første punktum, skal også gi Statens helsetilsyn og *Fylkesmannen* adgang til virksomheten.

Den som skal gi opplysninger etter første ledd, eller som ønsker å gi opplysninger til Statens helsetilsyn eller *Fylkesmannen* av eget tiltak, kan gjøre det uten hinder av taushetsplikt dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver etter lov, forskrift eller instruks.

Opplysninger som er gitt Statens helsetilsyn eller *Fylkesmannen* i henhold til denne bestemmelsen, kan uten hinder av taushetsplikten forelegges sakkyndige til uttalelse eller departementet til orientering.

§ 6-3 skal lyde:

§ 6-3 *Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten*

Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at *den kommunale helse-*

og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

§ 6-4 skal lyde:

§ 6-4 *Bistand fra politiet*

Helsepersonell kan uten hinder av taushetsplikt gi ut taushetsbelagte opplysninger når dette er nødvendig for å innhente bistand fra politiet til fullbyrdelse av tvangsvedtak overfor *rusmiddelavhengige* etter *helse- og omsorgstjenesteloven* §§ *10-2* og *10-3* eller vilkår etter *helse- og omsorgstjenesteloven* § *10-4*. Politiet har plikt til å yte slik bistand.

Kapittel 7 overskriften skal lyde:

Kapittel 7. *Forskjellige bestemmelser*

Ny § 7-3 skal lyde:

§ 7-3 *Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer*

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelige.

16. I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjøres følgende endringer:

§ 1-2 andre og tredje ledd skal lyde:

Med tvungen observasjon menes slik undersøkelse, pleie og omsorg som nevnt i første ledd, med sikte på å klarlegge om vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven* kapittel 4.

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven* kapittel 4.

§ 1-3 første ledd skal lyde:

Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, *den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.

§ 1-5 skal lyde:

§ 1-5 *Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven*

Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven*.

§ 2-1 første ledd skal lyde:

Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven*, med mindre annet følger av loven her.

§ 22 andre og tredje ledd skal lyde:

For barn under 16 år kreves slikt samtykke etter bestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-4.

Grunnen til begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige. Gjelder det personer som på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, undertegner den faglig ansvarlige og den som eventuelt handler på pasientens vegne, med de begrensninger som følger av *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3. Gjelder det barn under 16 år, undertegner den faglig ansvarlige og den eller de som samtykker på vegne av barnet.

§ 3-6 første ledd skal lyde:

Offentlig myndighet skal ved varsling av *helse- og omsorgstjenesten* og ved nødvendig bistand som beskrevet i loven her, bidra til at personer som må antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av lege. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

§ 4-1 nytt andre ledd skal lyde:

Dersom en person har behov for tilbud både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Institusjonen skal så snart som mulig varsle kommunen når den ser at det er behov for en individuell plan som også omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Nåværende andre ledd blir tredje ledd.

§ 4-5 tredje ledd skal lyde:

Utover det som følger av rimelige begrensninger i husordensreglement, kan det ikke vedtas restriksjoner i retten til å kommunisere med kontrollkommisjonen, departementet, Statens *helsetilsyn, Fylkes-*

mannen, Stortingets ombudsmann for forvaltningen, *pasient- og brukerombud*, prest eller tilsvarende sjelesørger, juridisk rådgiver eller den som opptrer på pasientens vegne i en klagesak.

§ 6-1 andre ledd skal lyde:

I den utstrekning det er mulig, skal kontrollkommisjonen også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Den kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmeste pårørende eller personalet. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige og eventuelt *Fylkesmannen*.

17. I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter gjøres følgende endringer:

Lovens tittel skal lyde:
Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

§ 1-1 skal lyde:

§ 1-1 *Formål*

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

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

§ 1-3 skal lyde:

§ 1-3 *Definisjoner*

I loven her menes med

a. pasient: en person som henvender seg til *helse- og omsorgstjenesten* med anmodning om helsehjelp, eller som *helse- og omsorgstjenesten* gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;
b. pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.
c. helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell;
d. helse- og omsorgstjenesten: den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester;
e. helsepersonell: personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3;
f. bruker: en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c.

Kapittel 2 overskriften skal lyde:

Kapittel 2. *Rett til helse- og omsorgstjenester og transport*

§ 2-1 oppheves.

Ny § 2-1 a skal lyde:

§ 2-1 a *Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste*

Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.

Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hva som skal anses som helse- og omsorgstjenester som pasient og bruker kan ha rett til.

Ny § 2-1 b skal lyde:

§ 2-1 b *Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.

Helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen tidspunkt fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fordi det ikke finnes et adekvat tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av, og informasjon om, tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i annet ledd, herunder en frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta nødvendig helsehjelp. Departementet kan også gi forskrifter med nærmere bestemmelser om organiseringen av, og oppgjøret for, tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

Ny § 2-1 c skal lyde:

§ 2-1 c *Pasientrettigheter i fastlegeordningen*

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden.

Personer som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

Rettigheter i første og annet ledd gjelder ikke i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om gjennomføring og utfylling av pasientrettighetene i fastlegeordningen, herunder om barns plassering på liste og om rett til å bytte fastlege.

§ 2-3 skal lyde:

§ 2-3 *Rett til fornyet vurdering*

Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare én gang for samme tilstand. Ved behov for tverrfaglig spesialisert behandling for *rusmiddelavhengighet*, gjelder retten til fornyet vurdering også etter henvisning fra *helse- og omsorgstjenesten i kommunen og sosialtjenesten*.

§ 2-4 tredje ledd skal lyde:

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3, gjelder ikke retten etter første ledd dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Tilsvarende gjelder for pasienter som tas inn på institusjon med hjemmel i *helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2* og *10-3*, dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med inntaket. Retten etter første ledd gjelder heller ikke valg av senter for legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen.

§ 2-5 skal lyde:

§ 2-5 *Rett til individuell plan*

Pasient *og bruker* som har behov for langvarige og koordinerte *helse- og omsorgstjenester*, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i *helse- og omsorgstjenesteloven,* spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

§ 2-7 skal lyde:

§ 2-7 *Forvaltningslovens anvendelse*

Forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder ikke for vedtak som treffes etter dette kapitlet.

For vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, 3-6 og 3-8, som forventes å vare lenger enn to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særlige bestemmelsene som følger av loven her.

Er det flere som samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, regnes de ikke som parter i samme sak. En søker som mener seg forbigått, kan ikke klage over at en annen har fått ytelsen.

Ny § 2-8 skal lyde:

§ 2-8 *Tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver*

De som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at den kommunale helse- og omsorgstjenesten

treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene i tilfelle skal bestå i.

§ 3-1 skal lyde:

§ 3-1 *Pasientens og brukerens rett til medvirkning*

Pasient *og bruker* har rett til å medvirke ved gjennomføring av *helse- og omsorgstjenester.* Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

§ 3-2 skal lyde:

§ 3-2 *Pasientens og brukerens rett til informasjon*

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

§ 3-3 skal lyde:

§ 3-3 *Informasjon til pasientens nærmeste pårørende*

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske *forstyrrelser, demens* eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

§ 3-5 skal lyde:

§ 3-5 *Informasjonens form*

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Personellet skal så langt som mulig sikre seg at *mottakeren* har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens *eller brukerens* journal.

§ 4-4 tredje ledd skal lyde:

Før helsehjelp som nevnt i bokstav b gis skal begge foreldrene eller andre med foreldreansvaret, så langt råd er, få si sin mening. Beslutning om helsehjelp som nevnt i bokstav b kan påklages til *Fylkesmannen* etter kapittel 7. *Fylkesmannen* kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil det er fattet vedtak på grunnlag av klage fra den andre forelderen eller andre med foreldreansvaret.

§ 4A-6 tredje ledd andre punktum skal lyde:

Videre skal kopi av vedtak etter § 4A-5 sendes til *Fylkesmannen*.

§ 4A-7 første ledd skal lyde:

Vedtak om helsehjelp etter § 4A-5 kan påklages til *Fylkesmannen* av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende.

§ 4A-8 skal lyde:

§ 4A-8 *Overprøving og etterfølgende kontroll*

Fylkesmannen kan av eget tiltak overprøve vedtak som er truffet etter § 4A-5.

Dersom et vedtak om helsehjelp etter dette kapittel ikke er påklaget og helsehjelpen vedvarer, skal *Fylkesmannen,* når det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet, av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen.

§ 4A-10 skal lyde:

§ 4A-10 *Domstolsprøving*

Vedtak i klagesak etter § 4A-7 som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon, eller helsehjelp som strekker seg ut over tre måneder, kan av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende bringes inn for retten etter reglene i lov 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) kapittel 36. Tilsvarende gjelder for *Fylkesmannens* vedtak om helsehjelp som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse, eller som strekker seg ut over tre måneder, jf. § 4A-8.

§ 5-1 skal lyde:

§ 5-1 *Rett til innsyn i journal*

Pasienten *og brukeren* har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi. Pasienten *og brukeren* har etter forespørsel rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende.

Pasienten *og brukeren* kan nektes innsyn i opplysninger i journalen dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten *eller brukeren* selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står *vedkommende* nær.

En representant for pasienten *eller brukeren* har rett til innsyn i opplysningene som *pasienten eller brukeren* nektes innsyn i, med mindre representanten anses uskikket for dette. En lege eller advokat kan ikke nektes innsyn, med mindre særlige grunner taler for dette.

Reglene i § 3-3 og § 3-4 om andres rett til informasjon gjelder tilsvarende for innsyn i journal.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasients *eller brukers* død, om ikke særlige grunner taler mot dette.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retten til innsyn i journal, herunder bestemmelser om betaling for kopier.

§ 5-2 skal lyde:

§ 5-2 Retting og sletting av journal

Pasienten*, brukeren* eller den som opplysningene gjelder, kan kreve at opplysningene i journalen rettes eller slettes etter reglene i helsepersonelloven § 42 til § 44.

§ 5-3 skal lyde:

§ 5-3 *Overføring og utlån av journal*

Pasienten *og brukeren* har rett til å motsette seg utlevering av journal eller opplysninger i journal. Opplysningene kan heller ikke utleveres dersom det er grunn til å tro at pasienten *eller brukeren* ville motsette seg det ved forespørsel. Utlevering kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det. Overføring eller utlevering av journal eller opplysninger i journal skal skje i henhold til bestemmelsene i lov om helsepersonell.

§ 6-1 skal lyde:

§ 6-1 *Barns rett til helsekontroll*

Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. *helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.*

Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.

Ny § 6-5 skal lyde:

§ 6-5 *Barns partsrettigheter*

Et barn kan opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelavhengige under 18 år, jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10, skal barnet alltid regnes som part.

§ 7-1 oppheves.

§ 7-2 skal lyde:

§ 7-2 *Klage*

Pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan *klage til Fylkesmannen. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.*

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsen i *§ 2-1 b femte* ledd ikke er overholdt, kan klage til en klagenemnd som oppnevnes av departementet. Klagenemnda skal ha fem medlemmer. Lederen skal være jurist. Departementet oppnevner medlemmer og deres personlige varamedlemmer for to år om gangen. Det er adgang til å gjenoppnevne medlemmer og varamedlemmer.

Første ledd gjelder tilsvarende for andre som mener de ikke har fått sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6 oppfylt.

Pasientens eller brukerens representant etter første og annet ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens eller brukerens vegne, eller som har samtykkekompetanse etter kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge frem skriftlig fullmakt.

§ 7-3 skal lyde:

§ 7-3 *Klagens form og innhold*

Klage til *Fylkesmannen* skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten *eller bruke-*

ren eller den som representerer pasienten *eller brukeren.* Klagen bør nevne det forhold som det klages over og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen. Inneholder klagen feil eller mangler, setter *Fylkesmannen* en kort frist for rettelse eller utfylling.

§ 7-4 skal lyde:

§ 7-4 *Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd*

Pasienten, *brukeren* eller andre som har rett til det kan, dersom *vedkommende* mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven er brutt til ulempe for seg, be tilsynsmyndigheten om en vurdering av forholdet. Tilsynsmyndigheten kan eventuelt ilegge en administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Reglene i dette kapitlet kommer ikke til anvendelse på slike anmodninger.

§ 7-5 skal lyde:

§ 7-5 *Frist for klage*

Fristen for *klage etter § 7-2 er fire* uker etter at vedkommende fikk eller burde ha fått *tilstrekkelig kunnskap til å fremme en klage.*

§ 7-6 første ledd skal lyde:

Forvaltningslovens regler om behandling av *klager over enkeltvedtak* gjelder så langt de *passer,* med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet. *Fylkesmannen skal ved prøving av kommunale vedtak om helsetjenester legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd tredje punktum. For øvrige kommunale vedtak skal klageinstansen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn.*

§ 8-1 skal lyde:

§ 8-1 *Formål*

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale *helse- og omsorgstjenesten*, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

§ 8-2 første ledd skal lyde:

Staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale *helse- og omsorgstjenester.*

§ 8-3 første ledd skal lyde:

Pasient- og brukerombudet kan ta saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale *helse- og omsorgstjenesten*, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

§ 8-6 skal lyde:

§ 8-6 *Pasient- og brukerombudets adgang til helse- og omsorgstjenestens lokaler*

Pasient- og brukerombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes statlige spesialisthelsetjenester og kommunale *helse- og omsorgstjenester*.

18. I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. gjøres følgende endringer:

§ 1 skal lyde:

§ 1 *Lovens formål*

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i *helse- og omsorgstjenesten* samt tillit til helsepersonell og *helse- og omsorgstjenesten*.

§ 3 første ledd nr. 2 skal lyde:

personell i *helse- og omsorgstjenesten* eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,

§ 3 tredje og fjerde ledd skal lyde:

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, *rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål* og som utføres av helsepersonell.

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under *spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes.*

§ 4 andre ledd skal lyde:

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. *Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.*

§ 7 første ledd skal lyde:

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

§ 10 første ledd skal lyde:

Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 3-2 til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker.

§ 16 andre ledd skal lyde:

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser *om ordinering av legemidler gjennom virksomhetens prosedyrer som skal kunne erstatte leges eller tannleges individuelle ordinering til enkeltpasienter.*

§ 18 andre ledd skal lyde:

Dersom helsepersonell skal yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemning, skal politiattest som nevnt i § 20 a vedlegges meldingen. Inneholder meldingen en politiattest med merknader, skal den straks oversendes *Fylkesmannen.*

§ 20 skal lyde:

§ 20 *Plikter etter pasientskadeloven*

Den som utenfor den offentlige *helse- og omsorgstjenesten* yter helsehjelp som nevnt i pasientskadeloven § 1, skal melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning etter pasientskadeloven § 8.

§ 20 a første ledd skal lyde:

Helsepersonell som skal yte helsehjelp til barn eller personer med utviklingshemning, har plikt til å fremlegge politiattest ved tilbud om stilling, *ved inngåelse av avtale om å yte helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd,* inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd, samt ved melding om åpning, overtagelse, og inntreden i privat virksomhet, jf. § 18. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemning.

§ 22 skal lyde:

§ 22 *Samtykke til å gi informasjon*

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. Et forsikringsselskap kan likevel ikke få adgang eller kjennskap til opplysninger som den opplysningene direkte gjelder, kan nektes innsyn i etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 5-1 annet ledd.

For personer under 16 år gjelder reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven* §§ 4-4 og 3-4 annet ledd tilsvarende for samtykke etter første ledd.

For personer over 16 år som ikke er i stand til å vurdere spørsmålet om samtykke av grunner som nevnt i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 3-3 annet ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

§ 29 b skal lyde:

§ 29 b *Opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse- og omsorgstjenesten*

Departementet kan bestemme at helseopplysninger kan eller skal gis til bruk ved kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av *helse- og omsorgstjenesten*, og at det kan skje uten hensyn til taushetsplikt. Dette kan bare skje dersom behandlingen av opplysningene er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til pasientens integritet og velferd er ivaretatt. Graden av personidentifikasjon skal ikke være større enn nødvendig for det aktuelle formålet. Kun i særskilte tilfeller kan det gis tillatelse til bruk av direkte personidentifiserbare opplysninger som for eksempel navn eller fødselsnummer. Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene.

Departementet kan sette vilkår for bruken av opplysninger etter paragrafen her.

§ 30 skal lyde:

§ 30 *Opplysninger til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen*

Helsepersonell skal gi Statens helsetilsyn og *Fylkesmannen* adgang til virksomhetens lokaler, og gi alle de opplysninger som ansees påkrevd for utøvelsen av tilsyn med helsepersonells virksomhet. Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikten utlevere de dokumenter, lyd- og bildeopptak og lignende som kreves av Statens helsetilsyn og *Fylkesmannen.*

§ 32 skal lyde:

§ 32 *Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten*

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra *den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, og skal av eget tiltak gi *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til den kommunale *helse- og omsorgstjenesten*, når det er grunn

til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. *helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3*. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av *den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven*, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

§ 38 første ledd, første punktum skal lyde:

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal snarest mulig gi skriftlig melding til *Fylkesmannen* om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsehjelp, eller ved at en pasient *eller bruker* skader en annen.

Ny § 38 a skal lyde:

§ 38 a *Melding om behov for individuell plan og koordinator*

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.

§ 41 første ledd skal lyde:

Den som yter helsehjelp, skal gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 5-1.

§ 42 tredje ledd skal lyde:

Avslag på krav om retting kan påklages til *Fylkesmannen,* som etter å ha innhentet uttalelse fra Datatilsynet, avgjør om retting kan foretas.

§ 43 tredje ledd første punktum skal lyde:

Avslag på krav om sletting kan påklages til *Fylkesmannen.*

§ 55 skal lyde:

§ 55 *Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd*

Den som mener at bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av denne lov er brutt til ulempe for seg, kan be *Fylkesmannen* om en vurdering av forholdet. Pasienten *eller brukeren* kan opptre ved representant. Kravet sendes *Fylkesmannen.*

Representant etter første ledd er den som har fullmakt til å fremsette en anmodning på andres vegne eller som har samtykkekompetanse etter reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven* kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge frem skriftlig fullmakt

Fylkesmannen skal vurdere de synspunkter som er fremsatt i anmodningen, og kan også ta opp forhold som ikke er berørt i anmodningen.

Hvis *Fylkesmannen* mener at det bør ilegges en reaksjon etter kapittel 11, skal saken oversendes Statens helsetilsyn. Tredje ledd gjelder tilsvarende for behandlingen av saken hos Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn eller *Fylkesmannen* skal gi den som har fremsatt en anmodning, underretning om resultatet av sin behandling av saken og en kort begrunnelse for resultatet.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om Statens helsetilsyn og *Fylkesmannens* saksbehandling, og kan herunder fastsette regler om frist for fremsettelse av anmodning etter denne paragraf.

§ 56 første ledd skal lyde:

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i *helse- og omsorgstjenesten*, til å påføre pasienter *eller brukere* en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell *eller helse- og omsorgstjenesten*.

§ 64 første ledd skal lyde:

Hvis det er grunn til å tro at vilkårene for å kalle tilbake rekvireringsretten er oppfylt og helsepersonell ansees å være til fare for sikkerheten i *helse- og omsorgstjenesten*, kan Statens helsetilsyn suspendere retten til å rekvirere legemidler som nevnt i § 63 inntil saken er avgjort, men ikke utover seks måneder. Hvis helsepersonellet forhaler saken, kan suspensjonen forlenges en gang med ytterligere seks måneder.

Ny § 67 a skal lyde:

§ 67 a *Forbud mot bruk av meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som grunnlag for å opprette sak mot helsepersonell i medhold av kapittel 11*

Melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon i medhold av kapittel 11 i loven her. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter § 67 annet ledd.

19. I lov 2. juni 2000 nr. 39 om apotek gjøres følgende endringer:

§ 2-8 første ledd bokstavene a og b skal lyde:

a. samarbeid med den lokale *helse- og omsorgstjenesten*
b. utføring av farmasøytisk kvalitetskontroll i den lokale *helse- og omsorgstjenesten*

§ 5-5 a andre ledd skal lyde:

For pasienters innsynsrett i lagrede opplysninger gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven*.

20. I lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjøres følgende endringer:

§ 1-1 første ledd skal lyde:

Formålet med loven er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, *helse- og omsorgstjenester* og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

§ 2-2 første ledd skal lyde:

Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de *helse- og omsorgstjenester eller* sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Beredskapsplanen skal også omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenester. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder.

§ 2-3 skal lyde:

§ 2-3 *Varsel og rapportering*

Virksomheter loven omfatter, plikter å varsle om forhold innen *helse- og omsorgstjenesten eller* sosialtjenesten som kan gi grunnlag for tiltak etter denne lov. Varsel gis til departementet eller den myndighet departementet bestemmer.

Departementet kan pålegge virksomheter som nevnt i første ledd formell rapportering om forhold av betydning for *helse- og omsorgstjenesten eller* sosialtjenesten. Departementet kan gi forskrift om rapporteringsplikten.

§ 3-1 første ledd skal lyde:

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet med de begrensninger som følger av annet ledd mot erstatning kreve avstått til staten til eie, bruk eller annen særlig rådighet fast eiendom, rettigheter og løsøre av ethvert slag som trengs til bruk for *helse- og omsorgstjenester eller sosiale tjenester*, til bolig for personell eller lagring av materiell og utstyr. Avståelse til bruk omfatter rett til å foreta de endringer ved gjenstanden eller den faste eiendom som anses nødvendig.

§ 5-1 skal lyde:

§ 5-1 *Ansvars-, oppgave- og ressursfordeling*

Når betingelsene i § 1-5 er oppfylt, kan departementet pålegge en eller flere virksomheter som omfattes av loven å ta imot og å gi *nødvendige helse- og omsorgstjenester eller* sosiale tjenester til personer, uten hensyn til hvor disse bor eller oppholder seg. Departementet kan videre bestemme at en slik virksomhets ressurser innen *helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten*, herunder personellressurser, skal stilles til rådighet for en kommune, en fylkeskommune, et regionalt helseforetak eller staten.

§ 6-2 første ledd skal lyde:

Departementet kan gi forskrifter til utfylling og gjennomføring av denne loven, herunder om tilsyn med planlegging og gjennomføring av tiltak etter loven og om administrasjon og drift av *helse- og-omsorgstjenesten* og sosialtjenesten under krig, samt ved kriser og katastrofer i fredstid.

21. I lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff mv. gjøres følgende endringer:

§ 7 a andre ledd skal lyde:

Uten hinder av taushetsplikten har kriminalomsorgen rett til å innhente fra:

a. Folkeregisteret; opplysninger om innsattes navn, fødselsnummer, fødested, bopel og statsborgerskap.
b. Tilsatte i barnevernet og sosialtjenesten; opplysninger om innsattes barne- og familieforhold som er nødvendige for å ivareta hensynet til barnet og den øvrige familien under straffegjennomføring, ved permisjon, ved løslatelse og ved overføring til andre gjennomføringsformer enn fengsel med høyt sikkerhetsnivå.
c. Helsepersonell i *helse- og omsorgstjenesten*; opplysninger som nevnt i bokstav b, samt opplysninger som er strengt nødvendige for å avverge fare for liv og helse for den innsatte selv, andre innsatte og tilsatte.

22. I lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger gjøres følgende endringer:

§ 1 skal lyde:

§ 1 *Lovens formål*

Formålet med denne lov er å bidra til å gi *helse- og omsorgstjenesten* og helseforvaltningen informa-

sjon og kunnskap uten å krenke personvernet, slik at *tjenestene* kan gis *på forsvarlig* og effektiv måte. Gjennom forskning og statistikk skal loven bidra til informasjon og kunnskap om befolkningens helseforhold, årsaker til nedsatt helse og utvikling av sykdom for administrasjon, kvalitetssikring, planlegging og styring. Loven skal sikre at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvernhensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger.

§ 3 skal lyde:

§ 3 *Saklig virkeområde*

Loven gjelder for

1. behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen *og helse- og omsorgstjenesten,* som skjer helt eller delvis med elektroniske hjelpemidler for å fremme formål som beskrevet i § 1, og
2. annen behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen og *helse- og omsorgstjenesten* til slike formål, når helseopplysningene inngår eller skal inngå i et helseregister.

Loven gjelder både offentlig og privat virksomhet.

Kongen i Statsråd kan i forskrift bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for behandling av helseopplysninger utenfor helseforvaltningen eller *helse- og omsorgstjenesten* for å ivareta formål som beskrevet i § 1.

Loven gjelder ikke for behandling av helseopplysninger som reguleres av helseforskningsloven.

§ 5 fjerde ledd skal lyde:

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-3 til 4-8 gjelder tilsvarende for samtykke etter denne lov. Barn mellom 12 og 16 år kan selv treffe beslutning om samtykke, dersom pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at opplysningene gjøres kjent for foreldrene eller andre med foreldreansvar.

§ 6 nytt fjerde ledd skal lyde:

Kongen kan i forskrift fastsette at opplysninger i behandlingsrettet register skal behandles elektronisk.

§ 6 a skal lyde:

§ 6 a *Virksomhetsovergripende, behandlingsrettede helseregistre*

Det kan bare etableres virksomhetsovergripende, behandlingsrettede helseregistre som fremgår av loven her eller annen lov.

Virksomhetsovergripende behandlingsrettede helseregistre kan bare inneholde nærmere bestemte helseopplysninger i et begrenset omfang som er nødvendige og relevante for samarbeid mellom virksomheter om *forsvarlige helse- og omsorgstjenester* til pasienten *eller brukeren*. Slike registre kan bare etableres i tillegg til de behandlingsrettede helseregistrene virksomheten etablerer internt i virksomheten, jf. *spesialisthelsetjenesteloven* § 3-2 og *helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10,* jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40. Virksomhetsovergripende, behandlingsrettede helseregistre skal føres elektronisk.

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering, drift og behandling av helseopplysninger i virksomhetsovergripende behandlingsrettede helseregistre. Virksomhetsovergripende behandlingsrettede helseregistre kan bare etableres uten samtykke fra pasienten *eller brukeren* dersom dette er nødvendig for å ivareta formålet med registeret. Det kan ikke etableres sentrale behandlingsrettede helseregistre etter denne bestemmelsen.

Forskrift etter tredje ledd skal nærmere angi formålet med behandlingen av helseopplysningene og hvilke opplysninger som skal behandles. Forskriften skal videre angi hvem som er databehandlingsansvarlig for opplysningene, herunder om plassering, tilgang, tilgangskontroll, samt gi pasienten *eller brukeren* rett til å motsette seg behandling av opplysninger i registeret eller stille krav om samtykke.

§ 6 c første ledd skal lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av registre og behandling av helseopplysninger i registrene til følgende formål:

1. saksbehandling for å avgjøre om det kan treffes vedtak om frikort og refusjon av betalte egenandeler, jf. *pasient- og brukerrettighetsloven* § 2-6, spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 og folketrygdloven kapittel 5
2. administrering og samordning av transport til undersøkelse eller behandling i *helse- og omsorgstjenesten*, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 6.

§ 7 tredje ledd skal lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av lokale helseregistre og behandling av helseopplysninger i lokale helseregistre for ivaretakelse av oppgaver etter *helse- og omsorgstjenesteloven* og smittevernloven. Navn, fødselsnummer eller andre direkte personidentifiserende kjennetegn kan bare behandles etter samtykke fra den registrerte. Samtykke fra den registrerte er ikke nødvendig, dersom det i forskriften bestemmes at helseopplysningene bare kan behandles i pseudonymisert eller avidentifisert form. Forskriften skal angi formålet med behandlingen av helseopplysningene, hvilke opplysninger som kan behandles, og eventuelt nærmere regler om hvem som skal foreta pseudonymise-

ringen og prinsipper for hvordan det skal gjøres. Kommunen er databehandlingsansvarlig for opplysningene, med mindre noe annet er bestemt i forskriften. Databehandlingsansvaret kan delegeres.

§ 8 andre ledd skal lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av sentrale helseregistre og behandling av helseopplysninger i sentrale helseregistre for ivaretakelse av oppgaver etter apotekloven, *helse- og omsorgstjenesteloven*, tannhelsetjenesteloven, smittevernloven og spesialisthelsetjenesteloven, herunder overordnet styring og planlegging av tjenestene, kvalitetsutvikling, forskning og statistikk. Navn, fødselsnummer eller andre direkte personidentifiserende kjennetegn kan bare behandles etter samtykke fra den registrerte. Samtykke fra den registrerte er ikke nødvendig, dersom det i forskriften bestemmes at helseopplysningene bare kan behandles i pseudonymisert eller avidentifisert form. Forskriften skal eventuelt fastsette nærmere regler om hvem som skal foreta pseudonymiseringen og prinsipper for hvordan det skal gjøres.

§ 9 skal lyde:

§ 9 *Særlig om innsamling av helseopplysninger til sentrale, regionale og lokale helseregistre, meldingsplikt mv.*

Virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester i henhold til apotekloven, *helse- og omsorgstjenesteloven*, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven, plikter å utlevere eller overføre opplysninger som bestemt i forskrifter etter *§§ 6 a,* 6 c, 7 og 8 samt etter paragrafen her.

Kongen kan gi forskrifter om innsamling av helseopplysninger etter §§ *6 a,* 6 c, 7 og 8, herunder bestemmelser om hvem som skal gi og motta opplysningene og om frister, formkrav og meldingsskjemaer. Den som mottar opplysningene, skal varsle avsenderen av opplysningene dersom opplysningene er mangelfulle.

§ 11 andre ledd skal lyde:

Helseopplysninger kan bare anvendes til andre formål enn *helse- og omsorgstjenester* til *den enkelte* eller administrasjon *av slike tjenester* når personidentifisering er nødvendig for å fremme disse formålene. Det skal alltid begrunnes hvorfor det er nødvendig å benytte personidentifiserbare opplysninger. Tilsynsmyndigheten kan i medhold av § 31 kreve at den databehandlingsansvarlige legger frem begrunnelsen.

§ 12 første ledd skal lyde:

Helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister kan sammenstilles med opplysninger om samme pasient *eller bruker* i annet behandlingsrettet helseregister, i den grad helseopplysningene kan utleveres etter helsepersonelloven §§ 25, 26 og 45.

§ 13 a skal lyde:

§ 13 a *Forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger*

Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte helseopplysninger som behandles etter denne loven uten at det er begrunnet i *helse- og omsorgstjenester til den enkelte,* administrasjon av *slike tjenester* eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.

§ 15 fjerde og femte ledd skal lyde:

Taushetsplikt er likevel ikke til hinder for utlevering av opplysninger om en pasient *eller bruker* skal betale egenandel til helsepersonell eller andre som gir *helse- og omsorgstjenester* eller yter andre tjenester til *pasient eller bruker* som folketrygden er stønadspliktig for. Taushetsplikt er heller ikke til hinder for utlevering av slike opplysninger til helseforetakene i forbindelse med oppgjør for syketransport.

Opplysninger om en pasients *eller brukers* navn, transportbehov og om pasienten *eller brukeren* skal betale egenandel og eventuelt beløpet kan gis til transportør i forbindelse med transport som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 6.

§ 15 a overskriften skal lyde:

§ 15 a *Opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring*

§ 16 fjerde ledd skal lyde:

Kongen kan gi forskrift om sikkerhet ved behandling av helseopplysninger etter denne lov. Kongen kan herunder sette nærmere krav til elektronisk signatur, kommunikasjon og langtidslagring, om godkjenning (autorisasjon) av programvare*, sertifisering* og om bruk av standarder, klassifikasjonssystemer og kodeverk, samt hvilke nasjonale eller internasjonale standardsystemer som skal følges.

§ 22 første ledd skal lyde:

Den som ber om det, har rett til innsyn i behandlingsrettet helseregister i den grad dette følger av *pasient- og brukerrettighetsloven* § 5-1 og helsepersonelloven § 41.

§ 25 første ledd skal lyde:

Det kan nektes innsyn i behandlingsrettet helseregister etter reglene i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 5-1.

§ 31 første ledd skal lyde:

Datatilsynet fører tilsyn med at bestemmelsene i loven blir fulgt og at feil eller mangler blir rettet, jf. personopplysningsloven § 42, med mindre tilsynsoppgavene påligger Statens helsetilsyn eller *Fylkesmannen* etter *helsetilsynsloven.*

23. I lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. gjøres følgende endringer:

§ 1 første ledd, bokstav a skal lyde:

i institusjon under spesialisthelsetjenesten og *den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

§ 2 første ledd bokstav e skal lyde:

forhold som medfører ansvar for *helse- og omsorgstjenesten* eller helsepersonell etter alminnelige erstatningsregler.

§ 7 skal lyde:

§ 7 *Plikt til å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for den offentlige helse- og omsorgstjenesten*

Staten, regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner yter tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for å dekke erstatning for pasientskader voldt i den offentlige *helse- og omsorgstjenesten*, samt bidrag til driften i samsvar med forskrift gitt av Kongen.

Til den offentlige *helse- og omsorgstjenesten* regnes virksomheten til staten, de regionale helseforetakene, helseforetakene, fylkeskommunene eller kommunene. Det samme gjelder virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse. Kongen kan i forskrift presisere hva som skal regnes til den offentlige *helse- og omsorgstjenesten*, herunder gjøre unntak fra første og annet punktum.

§ 8 skal lyde:

§ 8 *Plikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten til å melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning*

Den som utenfor den offentlige *helse- og omsorgstjenesten* yter helsehjelp som nevnt i § 1, skal melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for å dekke erstatning for pasientskader voldt utenfor den offentlige *helse- og omsorgstjenesten* samt bidrag til driften.

Nærmere bestemmelser om melde- og tilskuddsplikten, om registrering av meldingene og om tilskuddsordningen fastsettes av Kongen i forskrift, herunder kan det fastsettes fritak fra plikten etter første ledd.

Den som forsettlig unnlater å oppfylle plikten til å melde fra eller plikten til å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder. Det samme gjelder den som i meldingen gir feil opplysninger slik at det betales for lavt tilskudd.

§ 19 skal lyde:

§ 19 *Lovens virkeområde*

Loven gjelder skade som voldes i riket med Svalbard. Loven gjelder også skade ved helsetjenester som mottas i utlandet i medhold av *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b* fjerde eller femte ledd eller etter annet oppdrag fra norske myndigheter, og som det offentlige helt eller delvis bekoster, herunder behandlingsreiser. Kongen kan bestemme at loven ikke skal gjelde når det ytes helsehjelp her i riket med særskilt liten norsk tilknytning.

24. I lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. gjøres følgende endring:

§ 1 første ledd skal lyde:

Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og *pasient- og brukerrettighetsloven* § 1-1, ved

1. at det opprettes regionale helseforetak som etter eiers retningslinjer skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten og legge til rette for forskning og undervisning,
2. at det legges til rette for at de regionale helseforetakene skal organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak.

§ 2 tredje ledd skal lyde:

Helseforetak er virksomhet som eies av regionalt helseforetak alene og som er opprettet i medhold av § 9. Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning samt andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, *eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

§ 33 nytt tredje ledd skal lyde:

Regionalt helseforetak skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven § 3-1 nr. 4 og § 3-5.

25. I lov 21. juni 2002 nr. 34 om forbrukerkjøp skal § 48 a andre ledd bokstav d lyde:

d) at forbrukeren kan ta kontakt med sosialtjenesten i den kommunen forbrukeren har fast bosted, for å avklare om *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* gir rett til økonomisk stønad for å avhjelpe situasjonen.

26. I lov 21. februar 2003 nr. 12 om behandlingsbiobanker gjøres følgende endring:

§ 11 skal lyde:

§ 11 *Samtykkebestemmelse for diagnostiske biobanker og behandlingsbiobanker*

Samtykke til helsehjelp etter *pasient- og brukerrettighetsloven* §§ 4-1 og 4-2 omfatter også innhenting, oppbevaring og behandling av humant biologisk materiale, herunder bruk av materialet til forebygging, kvalitetskontroll og metodeutvikling.

For personer uten samtykkekompetanse etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3, gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven* §§ 4-4 til 4-8 om samtykke på vegne av andre tilsvarende.

§ 17 første ledd skal lyde:

Statens helsetilsyn skal i samsvar med *helsetilsynsloven føre* tilsyn med at lovens bestemmelser overholdes.

27. I lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. gjøres følgende endringer:

§ 2 tredje ledd skal lyde:

Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor *helse- og omsorgstjenesten*, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell. Behandling som utøves i *helse- og omsorgstjenesten* eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor *helse- og omsorgstjenesten*.

§ 2 femte ledd skal lyde:

Når alternativ behandling utøves i *helse- og omsorgstjenesten* eller av autorisert helsepersonell, gjelder også helsepersonelloven. Autorisert helsepersonell skal gi informasjon og innsyn i journal tilsvarende det som følger av helsepersonelloven § 10 og § 41, også dersom pasienten ikke har rettigheter etter *pasient- og brukerrettighetsloven*.

§ 7 tredje ledd skal lyde:

Bestemmelsen i første ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og pasienten er myndig og har samtykkekompetanse etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3 første og andre ledd. Det samme gjelder for andre pasienter dersom *helse- og omsorgstjenesten* ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten. Samtykkebestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven* §§ 4-4, 4-5, 4-7 og 4-8 gjelder tilsvarende så langt de passer.

28. I lov 4. juli 2003 nr. 84 om private skolar med rett til statstilskot skal § 3-8 lyde:

§ 3-8 *Helsetilsyn*

Forskrift gitt i medhald av *helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd* gjeld for elevar ved skolar i Noreg godkjende etter denne lova. Kommunen der skolen ligg, har ansvaret for å gjennomføre helsetenesta i samsvar med forskrifta og å dekkje utgifter for helsetenesta ved skolane etter same reglar som for offentlege skolar.

29. I lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. gjøres følgende endringer:

§ 2A-6 første ledd skal lyde:

Dersom nemnda finner at preimplantasjonsdiagnostikk skal tilbys, og behandling ikke kan utføres forsvarlig i Norge etter aksepterte metoder, skal tjenesten kjøpes i utlandet. Dette gjelder uavhengig av om vilkårene i *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b* femte ledd er oppfylt.

5-8 overskriften skal lyde:

§ 5-8 *Forbud mot bruk av genetiske opplysninger utenfor helse- og omsorgstjenesten*

30. I lov 12. desember 2003 nr. 108 om kompensasjon av merverdiavgift for kommuner, fylkeskommuner mv. skal § 2 første ledd bokstav c lyde:

private eller ideelle virksomheter som produserer *helse- og omsorgstjenester,* undervisningstjenester eller sosiale tjenester som kommunen eller fylkeskommunen er pålagt å utføre ved lov,

31. I lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika gjøres følgende endringer:

§ 2 første ledd skal lyde:

En sprøyteromsordning som er etablert i medhold av denne loven, er å anse *som kommunal helse- og omsorgstjeneste.*

§ 3 andre ledd skal lyde:

For brukere av sprøyteromsordningen skal sprøyteromsordningen være et supplement til kommunens øvrige *helse- og omsorgstjenester*.

§ 6 tredje ledd skal lyde:

Adgang til sprøyterommet er ikke nødvendig helsehjelp etter *pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a*. Avgjørelse om adgang til sprøyterommet kan ikke påklages *etter pasient- og brukerrettighetsloven* § 7-2.

32. I lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff gjøres følgende endringer:

§ 64 andre ledd skal lyde:

Kongen kan gi forskrift om at *helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9* skal gjelde tilsvarende. Kongen kan gi særlige regler om saksbehandlingen.

§ 65 andre ledd skal lyde:

Den domfelte, hans nærmeste pårørende og den faglig ansvarlige ved den institusjon som har behandlingsansvaret for den domfelte, kan begjære opphør av reaksjonen. Hvem som er den domfeltes nærmeste pårørende, avgjøres etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 1-3 første ledd bokstav b. Påtalemyndigheten fremmer saken for tingretten, som treffer avgjørelsen ved dom. Behandlingen av saken skal påskyndes.

§ 284 tredje ledd skal lyde:

Med bot eller fengsel inntil 1 år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, *sosialtjenesten, helse- og omsorgstjenesten*, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, som ved anmeldelse eller på annen måte unnlater å søke å avverge en kjønnslemlestelse. Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn. Avvergingsplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt. Unnlatelsen er ikke straffbar hvis kjønnslemlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.

33. I lov 17. juni 2005 nr. 64 om barnehager skal § 21 lyde:

§ 21 *Opplysningsplikt til sosialtjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten*

Barnehagepersonalet skal gi sosialtjenesten *og den kommunale helse- og omsorgstjenesten* bistand i klientsaker. De skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra *kommunens* side, *og skal* av eget tiltak gi sosialtjenesten *eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten* opplysninger om slike forhold. Av eget tiltak kan opplysninger bare gis etter samtykke fra klienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt. Opplysninger skal normalt gis av styrer.

34. I lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen gjøres følgende endringer:

§ 11 andre ledd skal lyde:

Pålegg om å gjøre tjeneste i sosialtjenesten *og den kommunale helse- og omsorgstjenesten* etter lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap § 4-1 kan også omfatte ansatte i etaten.

§ 14 a tredje ledd skal lyde:

Brukere som har fått fastslått at de har et bistandsbehov, har rett til å delta i utarbeidelsen av en konkret plan for hvordan de skal komme i arbeid (aktivitetsplan). Det skal likevel ikke utarbeides aktivitetsplaner for personer som har rett til kvalifiseringsprogram etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*.

35. I lov 15. mai 2008 nr. 35 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her skal § 84 andre ledd lyde:

Offentlige myndigheter skal etter anmodning gi utlendingsmyndighetene opplysninger om referansepersonen i en sak om oppholdstillatelse etter kapittel 6 eller om oppholdsrett etter kapittel 13 i loven her har mottatt økonomisk stønad etter *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* det siste året før opplysningene avgis. Opplysningene gis uten hinder av taushetsplikt i *lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 44*.

36. I lov 20. juni 2008 nr. 42 om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne skal § 12 fjerde ledd lyde:

Kommunen skal foreta rimelig individuell tilrettelegging av tjenestetilbud etter *helse- og omsorgstjenesteloven* av varig karakter for den enkelte, for å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne får et likeverdig tilbud.

37. I lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning gjøres følgende endringer:

§ 17 andre til sjette ledd skal lyde:

Samtykkekompetanse etter første ledd kan bortfalle i situasjoner som vist til i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3 andre ledd.

Foreldre eller andre med foreldreansvar må samtykke til forskning med mindreårige mellom 16 og 18 år som innebærer legemsinngrep eller legemiddelutprøving.

For samtykke til forskning som inkluderer deltakere under 16 år, gjelder samtykkebestemmelsene i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-4 tilsvarende. Dersom barn mellom 12 og 16 år av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at foreldrene, andre med foreldreansvar eller barnevernstjenesten gjøres kjent med opplysninger om barnet, skal dette ivaretas.

For personer uten samtykkekompetanse etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3 andre ledd skal nærmeste pårørende etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 1-3 bokstav b samtykke.

For personer som er umyndiggjorte etter lov 28. november 1898 om umyndiggjørelse gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-7 tilsvarende.

§ 18 første ledd skal lyde:

Forskning som inkluderer mindreårige og personer uten samtykkekompetanse etter *pasient- og brukerrettighetsloven* § 4-3 kan bare finne sted dersom

a. eventuell risiko eller ulempe for personen er ubetydelig,
b. personen selv ikke motsetter seg det, og
c. det er grunn til å anta at resultatene av forskningen kan være til nytte for den aktuelle personen eller for andre personer med samme aldersspesifikke lidelse, sykdom, skade eller tilstand.

§ 28 skal lyde:

§ 28 *Adgang til bruk av biologisk materiale som er innsamlet i helse- og omsorgstjenesten til forskning*

Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan bestemme at humant biologisk materiale innsamlet i *helse- og omsorgstjenesten* som ledd i diagnostisering og behandling, kan eller skal brukes til forskningsformål uten innhenting av pasientens samtykke. Dette kan bare skje dersom slik forskning er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt. Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan sette vilkår for bruken.

Pasienten skal på forhånd ha blitt informert om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og må ha fått adgang til å reservere seg mot forskning på humant biologisk materiale.

Det skal opprettes et elektronisk register med oversikt over de pasientene som har reservert seg mot at deres biologiske materiale benyttes til forskning.

§ 35 skal lyde:

§ 35 *Adgang til bruk av helseopplysninger som er innsamlet i helse- og omsorgstjenesten til forskning*

Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan bestemme at helseopplysninger kan eller skal gis fra helsepersonell til bruk i forskning, og at det kan skje uten hinder av taushetsplikt. Det samme gjelder opplysninger innsamlet i *helse- og omsorgstjenesten*. Dette kan bare skje dersom slik forskning er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt. Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan sette vilkår for bruken. Reglene om taushetsplikt etter § 7 gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om bruk av taushetsbelagte opplysninger i forskning.

38. I lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling skal § 12-7 nr. 10 lyde:

krav om særskilt rekkefølge for gjennomføring av tiltak etter planen, og at utbygging av et område ikke kan finne sted før tekniske anlegg og samfunnstjenester som energiforsyning, transport og vegnett, *sosiale tjenester*, *helse- og omsorgstjenester*, barnehager, friområder, skoler mv. er tilstrekkelig etablert,

39. I lov 19. juni 2009 nr. 44 om kommunale krisesentertilbod skal § 4 andre ledd lyde:

Tilbod og tenester etter denne lova kan inngå som ledd i samordninga av ein individuell plan etter anna lovgiving, jf. *helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, pasient- og brukerrettighetsloven* § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1, *og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §§ 28 og 33.*

40. I lov 19. juni 2009 nr. 58 om merverdiavgift gjøres følgende endringer:

§ 3-2 første ledd skal lyde:

(1) Omsetning og formidling av helsetjenester er unntatt fra loven, herunder tjenester som

a. omfattes av *helse- og omsorgstjenesteloven* og spesialisthelsetjenesteloven
b. omfattes av tannhelsetjenesteloven, samt tanntekniske tjenester
c. omfattes av folketrygdloven kapittel 5 og 10
d. ytes av yrkesgrupper med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven
e. ytes av bedriftshelsetjenesten

§ 3-4 første ledd skal lyde:

(1) Omsetning og formidling av sosiale tjenester er unntatt fra loven, herunder sosiale tjenester

a. etter *helse- og omsorgstjenesteloven* og barnevernloven
b. som ytes i barne- og ungdomsinstitusjoner, fritidsklubber, feriekolonier og lignende
c. som gjelder pass av barn

41. I lov 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål gjøres følgende endringer:

§ 57 første ledd skal lyde:

Må det antas at det er behov for vergemål for en person som er innlagt i *institusjon*, *skal institusjonen melde* fra til *Fylkesmannen*. Meldeplikten gjelder også ansvarlig for *kommunens sosialtjeneste og kommunens helse- og omsorgstjeneste* utenfor institusjon. Meldingen skal begrunnes.

§ 67 skal lyde:

§ 67 *Vurdering av tvungen forvaltning*

I forbindelse med opprettelsen av vergemålet skal *Fylkesmannen* vurdere om midler som er underlagt tvungen forvaltning i medhold av folketrygdloven § 22-4, folketrygdloven § 22-6, *helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4,* i stedet skal forvaltes av vergen.

§ 71 femte ledd skal lyde:

Retten sørger for at saken blir tilstrekkelig opplyst. Retten har i den forbindelse krav på å få bistand fra politiet. Helsepersonell, ansatte i *helse- og omsorgstjenesten*, sosialtjenesten og ansatte i barnevernstjenesten kan gi nødvendige og relevante opplysninger til oppnevnt sakkyndig og avgi vitneforklaring uten hinder av taushetsplikt.

B

Stortinget ber regjeringen utrede videre de økonomiske og administrative konsekvensene og raskt komme tilbake til Stortinget med et forslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse for brukere med stort behov innenfor den samme økonomiske rammen som gjelder i dag.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 9. juni 2011

Bent Høie
leder

Per Arne Olsen
ordfører