



Innst. 378 L

(2016–2017)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 71 L (2016–2017)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

Til Stortinget

1. Proposisjonens hovedinnhold

1.1 Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i proposisjonen en rekke endringer i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Endringsforslagene er en del av departementets oppfølging av forslag i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Primærhelsetjenestemeldingen).

Endringsforslagene er også en del av departementets oppfølging av forslag i Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner (Oppgavemeldingen). I stortingsmeldingen foreslås det å overføre til kommunene en rekke oppgaver på ulike samfunnsområder som i dag er tillagt fylkeskommunene, fylkesmennene og staten.

1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Freddy de Ruiten, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen og Torgeir Micaelsen, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Høksrud, lederen Kari Kjønnaas Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bolle-

stad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at regjeringen i proposisjonen foreslår en rekke endringer i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Endringene er en del av regjeringens oppfølging av forslag i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. I Primærhelsetjenestemeldingen ble det påpekt at mange kommunale helse- og omsorgstjenester er gode hver for seg, samtidig som tjenestene er for oppstykket og helheten mangler. Dette rammer særlig pasienter og brukere med sammensatte behov. I Primærhelsetjenestemeldingen la regjeringen frem en plan som fikk tilslutning i Stortinget, og som særlig hadde tre satsingsområder: økt kompetanse, bedre ledelse og teamorganisering.

Komiteen viser til at endringene også er en del av regjeringens oppfølging i Meld. St. 14 (2014–2015) Oppgavemeldingen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at det i stortingsmeldingen foreslås å overføre til kommunene en rekke oppgaver som i dag er tillagt fylkeskommunene, fylkesmennene og staten.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at Oppgavemeldingen inngår som en del av regjeringens arbeid med en kommunereform, som omtalt i regjeringens politiske plattform og i tråd med forslag i Prop. 95 S (2013–2014) Kommuneproposisjonen 2015, med en egen meldingsdel om kommunereformen. Kommunereformen handler om å sikre folk gode velferdstjenester der de bor, nå og i framtiden. Dette flertallet viser til at siden kommunegrensene ble trukket har samfunnet, måten vi reiser på, jobber på og hva kommunene har ansvaret for,

endret seg. Dette flertallet har merket seg at regjeringen ønsker sterke kommuner som kan få flere oppgaver og mer ansvar. Flere oppgaver vil gi kommunene mulighet til å utvikle et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud til innbyggerne. Det vil også bidra til å skape større interesse for lokalpolitikken. Dette flertallet peker på at i Oppgavemeldingen vises det blant annet til at kommunene er sentrale aktører for å løse viktige samfunnsutfordringer og håndtere viktige fremtidige velferdsreformer. Dette stiller store krav til kommunene som må rustes for å kunne møte fremtidige behov.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at regjeringens kommunereform med mål om færre, større og «mer robuste» kommuner, har vært begrunnet med at kommunene skulle få ansvaret for flere oppgaver og få mer makt og ansvar.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at kommunenes interesseorganisasjon KS peker på at det ikke overføres noen større oppgaver fra stat til kommune. I tillegg konstaterer KS at regjeringen legger opp til overføring av ansvar for oppgaver som KS ikke har bedt om, men tvert imot anbefalt at fortsatt skal ligge til fylkeskommunene – tannhelse og kollektivtransport.

Disse medlemmer vil fordele oppgaver mellom stat, regionalt folkevalgt nivå og kommunene etter følgende prinsipper:

- Sikre best mulig tjenester til befolkningen
- Styrke demokratiet ved at beslutningene tas nærmest mulig dem det gjelder, på en mest mulig effektiv og byråkratisk måte
- Samle det vi må, og desentralisere det vi kan
- Politisk skjønn som skal utøves i kommuner og fylker, bør i størst mulig grad foretas av lokale folkevalgte organ
- Bevare prinsippet om at alle kommuner skal ha ansvar for de samme oppgavene for å sikre likeverdige tjenester, like demokratiske rettigheter, minst mulig byråkrati og en oversiktlig forvaltning.

2. Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

2.1 Sammendrag

Helse- og omsorgstjenesteloven er i hovedsak profesjonsnøytral ved at den ikke lister opp spesifikke profesjoner som kommunen må ha knyttet til seg for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Lo-

ven inneholder imidlertid flere bestemmelser eller forskriftshjemler som forutsetter eller stiller krav om ulike former for kompetanse eller personellgrupper.

Etter departementets vurdering er rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten så grunnleggende for å kunne yte nødvendige og forsvarlige tjenester, at visse kompetansekrav bør fremgå direkte i lov. I tråd med forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Stortingets behandling av meldingen, foreslår departementet at det i helse- og omsorgstjenesteloven bør inntas en liste over hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg.

Departementet foreslår å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven. Forutsatt at Stortinget slutter seg til lovendringsforslaget, tas det sikte på at lovendringen kan settes i kraft fra 1. januar 2018.

Videre foreslår departementet å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at psykolog lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven. Forutsatt at Stortinget senere slutter seg til forslag om slik lovendring tas det sikte på at lovendringen kan settes i kraft fra 1. januar 2020.

Departementet foreslår også å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at ergoterapeut lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven. Stortingets flertall la ved behandlingen av Primærhelsemeldingen til grunn at lovplikten om ergoterapeutkompetanse først skulle tre i kraft fra 2020. Forutsatt at Stortinget senere slutter seg til forslag om slik lovendring tas det derfor sikte på at lovendringen kan settes i kraft fra 1. januar 2020.

Etter departementets vurdering bør kommunene selv kunne vurdere og ta ansvar for behovet for å ha den kompetansen som tannpleierne representerer, uten at det er påkrevd å lovfeste et krav om tilgang på tannpleier. Departementet foreslår på denne bakgrunn forslaget om å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at tannlege lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Forslaget er nytt i forhold til gjeldende rett. Departementet foreslår ikke å lovfeste krav til at kommunen må ha tilgang på tannpleier.

Departementet har foretatt en fornyet vurdering av om også andre personellgrupper bør foreslås lovfestet som en del av den minimumskompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha knyttet til

seg. Departementet har imidlertid kommet til at det ikke er behov for å lovfeste ytterligere personellgrupper.

Departementet legger til grunn at lovfesting av krav om at kommunene må ha ansatt eller ha avtale med lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster ikke vil ha nye administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunene.

Departementet har etablert en øremerket tilskuddsordning som skal bidra til å dekke kommunenes utgifter ved ansettelse av psykologer. For 2017 er det satt av 155 mill. kroner til fordeling. Når pliktbestemmelsen trer i kraft, vil tilskuddsmidlene overføres fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapittel til kommunerammen.

I forbindelse med Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019) er det i 2017 bevilget 200 mill. kroner i statlige stimuleringsmidler. 100 mill. kroner er tilført kommunene via rammetilskuddet og 91 mill. kroner er øremerkede midler gjennom en tilskuddsordning. I regelverket for tilskuddsordningen er det et kriterium for måloppnåelse at kommunen skal ha ergoterapikompetanse. I opptrappingsplanen er det stilt krav til en viss kommunal medfinansiering. Det legges opp til at de statlige stimuleringsmidlene til opptrappingsplanen økes til 300 mill. kroner innen 2019.

Lovfesting av krav om at kommunen må ha tilknyttet tannlege vil i seg selv ikke innebære merkostnader for kommunene.

2.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, har merket seg at bakgrunnen for regjeringens forslag om lovfesting av kompetansekrav er at noen typer kompetanse er så grunnleggende at det bør fremgå direkte av lov, og loven bør derfor liste opp de profesjoner som representerer den kjernekompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha. Flertallet peker på at lovfesting av kompetansekrav ble nøye beskrevet i Meld. St. 26 (2014–2015) Primærhelsetjenestemeldingen, og ved behandlingen av Innst. 40 S (2015–2016) ga et flertall på Stortinget sin tilslutning til regjeringens forslag. Flertallet viser til at regjeringen nå følger opp Stortingets tilslutning til forslaget, og at det nå foreslås lovfesting av krav om lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor fra 1. januar 2018, og i tillegg psykolog fra 1. januar 2020. Flertallet viser videre til at i Stortingets behandling av Primærhelsetjenestemeldingen mente et flertall, bestående av Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, at det var viktig å innlemme også ergoterapeutene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – gjeldende fra 2020 – og fremmet

dermed forslag om at regjeringen skulle komme tilbake med forslag til lovendring om å inkludere ergoterapikompetanse som en lovpålagt tjeneste i kommunene. Flertallet viser til at regjeringen i dette lovforslaget følger opp Stortingets vedtak, og at ergoterapikompetanse nå foreslås som en lovpålagt tjeneste fra 1. januar 2020.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at det i proposisjonen også foreslås å lovfeste krav om tannlege fra og med 2020. Som det fremgår av omtale senere i denne innstillingen, foreslår imidlertid disse medlemmer at ansvaret for tannhelsetjenesten først skal overføres fra fylkeskommunene til kommunene med virkning fra tidligst etter 2023, og etter at det er gjennomført en prøveordning og etter at regjeringen har kommet tilbake til Stortinget med en egen sak som vurderer overføring av den samlede tannhelsetjenesten. Det er dermed nødvendig å endre forslag til opplisting av hvilke yrkesgrupper kommunene må knytte til seg, slik at det fremgår at kravet som skal tre i kraft fra 2020, kun skal omfatte psykologer og ergoterapeuter. Krav om tannlege og tannpleier foreslås lovfestet først fra det tidspunkt det offentlige tannhelsetjenesteansvaret eventuelt overføres. Endringene som foreslås med ikrafttredelse fra 2020, vil således ikke gjelde tannlege eller tannpleier. Disse medlemmer viser til omtale og forslag senere i denne innstillingen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at regjeringens egne tannhelsetjenestereform etter først å ha lagt den frem for Stortinget. Innføring av en prøveordning og eventuell oppgaveoverføring i 2023 viser at reformen i utgangspunktet er lite gjennomtenkt og dårlig planlagt, og at reformen blir forsøkt innført på tvers av faglige råd.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, merker seg at regjeringens forslag om lovfesting av kompetansekrav får forholdsvis god støtte av høringsinstansene, men at mange viser til at kommunene uansett må sikre seg slik kompetanse og at det derfor strengt tatt kan synes unødvendig å lovregulere dette. Helsedirektoratet uttaler at de ønsket en full evaluering av helse- og omsorgstjenesteloven som et utgangspunkt før innføring av lovfestede kompetansekrav, men støtter forslaget under den gitte forutsetningen om at profesjonsneutralitet likevel brytes. I tillegg er det noen høringsinstanser som mener at kommunene selv må få velge hvilken kompetanse de trenger. Av disse er KS, som

viser til at en opprømsing av profesjoner vil føre til stadig nye diskusjoner om flere profesjoner bør lovfestes. Enkelte høringsinstanser etterlyser lovfesting av andre sentrale personellgrupper, bl.a. uttaler LO at lovfesting vil virke mot sin hensikt ved at enkelte profesjoner ekskluderes fra listen og at dette på sikt kan medføre at de lovfestede blir prioritert foran andre yrkesgrupper. De mener at dersom det vedtas å lovfeste, må sosialfaglig kompetanse også lovfestes, herunder helsefagarbeidere, sosionomer og vernepleiere. Av dem som støtter lovforslaget, er blant annet Norsk Sykepleierforbund, men de ønsker at prosessen skal fremskyndes og viser til at endringene er viktige for kvaliteten på tjenestene. Legeforeningen støtter forslaget, men påpeker at dersom lovkravet skal etterleves, må det være nok helsepersonell til å fylle stillingene. Flertallet merker seg videre at pasient- og brukerombudene er delt i synet på lovfesting av kompetansekrav. Ti av ombudene er positive til forslaget, og mener at opplisting av profesjoner synliggjør kommunens plikter.

Flertallet viser til regjeringens vurdering av at en lovfastsatt liste over kjernekompetanse ikke vil være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. Regjeringen peker på at kommunene ofte må ha tilgang til et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte, og kommunene må selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med, for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener det er viktig å videreføre det gode arbeidet som ble startet med Kompetanseløftet 2015 under den rød-grønne regjeringen. Det er avgjørende at de ansatte i kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenester har rett kompetanse og tilstrekkelig med tid. Disse medlemmer mener man må styrke basiskompetansen innen pleie, omsorg og rehabilitering. Disse medlemmer vil understreke at det er svært viktig å utdanne og rekruttere helse- og sosialpersonell og helsefagarbeidere, samtidig som det er stort behov for å kvalifisere voksne og ufaglærte til helsefagarbeidere. Målet må være å heve det formelle utdanningsnivået ved å redusere andelen uten formell helse- og sosialfaglig utdanning, samt satse på lederutdanning. Et viktig verktøy for å få til dette er en tydelig satsing på desentraliserte utdanningstilbud.

Disse medlemmer vil understreke at kompetansekravet må gjelde alle yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten, og mener regjeringen i liten grad retter oppmerksomhet mot det store behovet for mer kompetanse som finnes i bredden av tjenestene. Det

er også slik at en høy andel deltid er til hinder for å bedre kvaliteten i kommunehelsetjenesten.

Disse medlemmer er i utgangspunktet skeptiske til å lovfeste bestemte krav om profesjoner, fordi det vil medføre at annen kompetanse som ikke er lovfestet, vil kunne bli nedprioritert. Lovfesting vil dermed være et hinder for at pasientene får tilbud om den mest relevante behandlingen. Lovfesting av enkeltprofesjoner vil i tillegg kunne svekke kommunenes evne til å være innovative. I tillegg kommer den åpenbare svakhet at den foreslåtte lovfesting ikke sier noe om størrelsen på stillingene. Det kan bety at man blir mer opptatt av å fylle lovkravet enn å sørge for tilstrekkelig med fagpersonell og store nok stillinger.

Disse medlemmer mener det er et stort tankekors at veksten i antall årsverk i kommunal pleie- og omsorgssektor er mer enn halvert under denne regjeringen, sammenlignet med gjennomsnittlig årlig vekst under den rød-grønne regjeringen – til tross for at oppgavene har økt både i kvantitet og kompleksitet.

Disse medlemmer vil understreke at det er en svært viktig oppgave å sørge for at kommunene har tilstrekkelig helsefaglig kompetanse, med ansatte som møter innbyggernes ulike behov i den enkelte kommune. Disse medlemmer mener at profesjonsnøytralitet regulerer kommunens plikter på en mer dynamisk og bedre egnet måte for å oppnå god helsefaglig utvikling. En slik tilnærming kan ivareta større bredde i måten å organisere tjenestetilbudet på, samtidig som det åpner for at kvalitetsindikatorer og kompetansekrav får større plass i beskrivelsen av kommunenes tjenestetilbud. En profesjonsnøytral lov vil etter disse medlemmers mening gi bedre mulighet for lokale tilpasninger, større handlefrihet og en organisering av tjenestene som tar utgangspunkt i lokale ønsker og behov. Dette vil igjen gi kommunene større frihet til å sette sammen nødvendig fagkompetanse for å oppfylle kommunens forpliktelser overfor befolkningen. Disse medlemmer vil peke på at mange pasienter og brukere vil ha behov for helse- og omsorgstjenester som krever ulike bidrag fra flere fagprofesjoner. En profesjonsnøytral lovgivning vil understøtte tjenesteytelse på tvers av fagprofesjoner og bidra til samarbeid mellom deltjenester. Profesjonsnøytral lovgivning vil også, etter disse medlemmers mening, motvirke at lovfestede profesjoner etter helsepersonelloven fremstår som viktigere enn dem som ikke er eksplisitt lovfestet. Ved å videreføre handlingsrommet i en profesjonsnøytral lovgivning, gis det større mulighet for lokal tilpasning og hensiktsmessig organisering av tjenestene, til det beste for pasienter og brukere. Disse medlemmer mener regjeringen tar feil når man setter likhetstegn mellom profesjonskrav og

kompetansekrav. Disse medlemmer vil understreke at kravet til kompetanse og kvalitet ligger fast i minst like stor grad i en profesjonsnøytral lovgivning, som når enkeltprofesjoner er lovfestet.

Disse medlemmer viser til at det også i spesialisthelsetjenesten er behov for mange profesjoner, uten at disse er lovfestet, og at det kun er lege som ifølge spesialisthelsetjenesteloven skal være del av tjenesten. Det er likevel helt selvsagt at et sykehus drives av flere fagprofesjoner, blant andre også sykepleiere. Disse medlemmer mener det er oppsiktsvekkende når regjeringen først vil lovfeste at ergoterapeutene utsettes til 2020, når denne gruppen alt ble fremhevet ved behandlingen av Primærhelsemeldingen. Disse medlemmer viser til at den foreslåtte lovfestingen utelater en rekke grupper som vil være viktige for å utvikle en moderne helse- og omsorgstjeneste. Blant disse er nevnte helsefagarbeidere og sosionomer, men også ernæringsfysiologer, tannpleiere, aktivitører, musikkterapeuter og andre. Disse medlemmer mener at dette viser en ulempe ved denne typen lovfesting.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at samhandlingsreformens intensjon var rett behandling på rett sted til rett tid. Fem år etter at reformen ble innført, er det betimelig å spørre om vi er på rett vei og hva vi eventuelt må gjøre for å justere kursen. Et hovedmål var mer helhetlige pasientforløp, men flere studier peker på at noen pasientgrupper har fått et mer oppstykket forløp. Flertallet viser blant annet til at Norsk Sykepleierforbund gjennom sin rapport «Samhandlingsreformens konsekvenser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten» har gitt oss et ærlig svar på rød-grønn omsorgspolitik. Før samhandlingsreformen ble flere pasienter liggende på sykehus inntil de kunne skrives ut direkte til hjemmet.

I dag er mange innom korttidsopphold i kommunale institusjonsopphold før de skrives ut videre, til hjemmet. Disse endringene er ønskede, men fører også til et mer oppstykket pasientforløp. Flertallet mener dette særlig kan være utfordrende for eldre og skrøpelige mennesker. Ofte er dette pasienter med komplekse og sammensatte lidelser og med stor risiko for komplikasjoner. Flertallet minner om at det fra flere hold ble reist spørsmål om kommunene hadde tilstrekkelig kompetanse og var forberedt til å møte samhandlingsreformens krav til oppfølging av utskrivningsklare, ikke-ferdig-behandlede pasienter i 2012. Denne regjeringen har startet arbeidet med å bygge opp kompetanse og kvalitet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene som må på plass nettopp for at kommunene skal være i stand til å løse de nye oppgavene de fikk som følge av samhandlingsrefor-

men. Flertallet vil minne om at flertallets hovedkritikk mot reformen den gang de rød-grønne partiene valgte å kjøre den gjennom i Stortinget, uten å samhandle med opposisjonen, var nettopp at kommunene ikke var godt nok forberedt på konsekvensene av reformen. Flertallet vil også minne om at samtidig som samhandlingsreformen ble innført, gjeninnførte den rød-grønne regjeringen profesjonsnøytralitet i helse- og omsorgstjenesteloven. Høyre og Fremskrittspartiet advarte den gangen mot en slik tilnærming og mente at dette kunne føre til store kvalitetsmessige ulikheter i helse- og omsorgstilbudet i landet. Høyre og Fremskrittspartiet viste den gang til at samhandlingsreformen fører til at kommunene skal ta et større ansvar for helse- og omsorgstjenester til flere pasientgrupper. Dette krever økt kompetanse, og partiene mente derfor det var uheldig at kompetansekravene ble svekket i lovforslaget sammenliknet med dagjeldende lovgivning. Partiene mente den gang at spesifikke kompetansekrav skulle opprettholdes og styrkes, samtidig som kommunene skulle gis frihet til å sette sammen og bruke kompetent personell på ulike måter.

Kompetanse og ledelse er en hovedutfordring i de kommunale tilbudene. Regjeringen har lagt frem en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. Planen skal bidra til en faglig sterk omsorgstjeneste med tilstrekkelig og kompetent bemanning. Men skal kommunene klare å gi gode tilbud og samarbeide godt med sykehusene ved utskrivning av pasienter med sammensatte behov, må også samhandlingen innad i kommunene fungere. Gode kommunale tilbud forutsetter god ledelse, riktig kompetanse, koordinering og samarbeid innad i kommunen og ikke minst også brukervedvirkning. De tilgjengelige ressursene må utnyttes bedre for at de som trenger det, skal få et bedre tilbud. Det krever at vi må jobbe annerledes og på nye måter. Det handler om riktig kompetanse, om god organisering og selvfølgelig om brukervedvirkning. Men for å komme dit må vi også ha god ledelse som evner å bygge en kultur som motiverer medarbeiderne, og som hele tiden er innrettet på å yte det beste for pasientene. Flertallet peker på at det var nettopp disse satsingene som ble løftet frem i Meld. St. 26 (2015–2016) Primærhelsemeldingen, og som på mange måter bidrar til å rette opp de feilene som ble gjort i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen. Videre mener flertallet at gjeninnføringen av kompetansekrav i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er helt nødvendig for å hindre de til dels store geografiske variasjonene i kompetanse og kvalitet som vi ser i kommunene i dag, og som disse partiene advarte mot den gangen profesjonsnøytralitet ble innført. Flertallet mener at rett kompetanse i den kommunale

helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende at det bør fremgå direkte av lov. Flertallet er derfor positive til forslaget om at loven skal liste opp de profesjoner som representerer den kjernekompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha. Flertallet vil vise til at en slik liste ikke skal være uttømmende, og det er avgjørende at kommunene, utover kjernekompetanse, ansetter eller inngår avtale med de personellgrupper som er nødvendig for at kommunen kan oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at det i høringen ble stilt spørsmål – blant annet av Fysioterapeutforbundet – ved bruken av formuleringen «knytte til seg». Disse medlemmer deler oppfatningen av at det ikke er en ønsket utvikling dersom færre ansattes i kommunene og mer av tjenestene drives som innkjøp.

Disse medlemmer viser videre til at samhandlingsreformen var en retningsreform, som forutsatte kontinuerlig utvikling og justering. Disse medlemmer mener derfor det er ansvarsfraskrivelse når de sittende regjeringspartiene etter fire år viser til den rød-grønne regjeringen for mangler. Primærhelsemeldingen burde kommet med tydelige tiltak på de områdene som må styrkes for å bedre kvaliteten i tjenestene og samhandlingen, noe den ikke gjorde. I tillegg har regjeringen innført nye betalingsplikter, uten at den har forsikret seg om at det finnes et forsvarlig tilbud i kommunene ved utskrivning av pasientene. Disse medlemmer viser til akuttutvalgets påpekning av samtidig sentralisering av tilbud i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, uten at dette har ført til nødvendig politisk oppfølging fra regjeringens side. Disse medlemmer viser også til at siden den blå-blå regjeringen tiltrådte, har antallet sykehjemsplasser i Norge sunket og antall utbetalinger til nye plasser har gått ned, på tross av at antall eldre over 67 år har økt med 150 000 de siste ti årene (NRK 27. april 2017). Disse medlemmer viser til at regjeringen har brukt tid og ressurser på et mislykket forsøk med statlig finansiering av eldreomsorgen, i stedet for å bygge ut eldreomsorgen. For eksempel ligger man langt unna å dekke behovet for tilbud om dagaktivitetsplass for alle personer med demens, men regjeringen har likevel ikke villet endre tilskuddsordningen. Disse medlemmer minner også om at opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering manglet finansiering. Dette er bare noen eksempler på at regjeringen ikke har foretatt de nødvendige politiske grep for at samhandlingsformen skal lykkes, og det må regjeringspartiene ta ansvaret for.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at det har skjedd et taktskifte i kommunene når det gjelder planlegging av nye sykehjemsplasser. Kommunenes egen organisasjon, KS, har utarbeidet en rapport som viser at kommunene planlegger å bygge og modernisere 10 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 2017–2019. Det vil kunne gi ca. 950 flere plasser per år. Dette er en tredobling sammenlignet med da den rød-grønne regjeringen styrte, hvor det årlig ble kun 330 plasser. Flertallet viser til at man vet at det vil være behov for flere sykehjemsplasser fremover. Derfor har regjeringen ført en politikk for at det skal bygges flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger fremover. Flertallet viser til at dette er et resultat av at regjeringen har styrket investeringsordningen for sykehjemsplasser betydelig, og staten tar et større ansvar gjennom å øke statens andel fra 35 til 50 pst. ved bygging, og rehabilitering av plasser.

Flertallet påpeker at det må regnes med en periode på fem år fra en kommune får innvilget tilskudd til en sykehjemsplass til sykehjemsplassen er ferdig bygget. Det betyr at effekten av regjeringens politikk, målt i antall sykehjemsplasser, tidligst vil komme i 2018. Flertallet mener kommunenes egne planer om bygging og rehabilitering av flere sykehjemsplasser de neste årene er det fremste beviset for at politikken virker.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet merker seg at regjeringens politikk for å bygge flere nye sykehjemsplasser delvis går ut på å kutte i tilskudd til rehabilitering og renovering, og utfase hele tilskuddet for dette fra 2021. Disse medlemmer er bekymret for hva denne omleggingen av tilskuddet vil føre til av konsekvenser for det totale sykehjemstilbudet i kommunene.

3. Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

3.1 Sammendrag

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 pålegger helsepersonell i spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En motsvarende veiledningsplikt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor spesialisthelsetjenesten er ikke lovfestet.

Departementet foreslår å endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunen får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår at slik pliktbestemmelse inntas som

ny § 5-11. Veiledningsplikten foreslår knyttet til «personell» som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven.

Veiledningsplikten vil gjelde personell som er ansatt i kommunen, men også private tjenesteytere som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven på vegne av kommunen. Dette gjelder for eksempel privatpraktiserende fastleger og fysioterapeuter.

I prinsippet omfattes både veiledning som helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir av eget tiltak og veiledning etter anmodning fra spesialisthelsetjenesten. Plikten pålegger det enkelte personellet og gjelder fortrinnsvis veiledning vedrørende enkeltpasienter eller enkeltbrukere spesialisthelsetjenesten har eller overtar ansvar for. Veiledningsplikten vil imidlertid etter en konkret vurdering også kunne omfatte veiledning for pasient- eller brukergrupper dersom det anses som påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver.

Ettersom lovforslaget langt på vei er en kodifisering av gjeldende praksis, innebærer det etter departementets oppfatning ikke nye krav som medfører betydelige administrative eller økonomiske konsekvenser.

3.2 Komiteens merknader

Komiteen peker på at regjeringen i proposisjonen fremhever at den kommunale breddekompetansen blir stadig viktigere i møte med det økende antall brukere med store og sammensatte behov. Det vises til at kommunene ofte vil ha kunnskap om den enkelte pasient som er avgjørende for å yte gode, helhetlige tjenester. Komiteen viser til at personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten veileder allerede i dag spesialisthelsetjenesten i et visst omfang, og komiteen støtter vurderingen om at lovfesting av en slik veiledningsplikt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil bidra til at veiledningen blir satt i system og dermed gjøre det enklere for spesialisthelsetjenesten å løse sine lovpålagte oppgaver. Komiteen merker seg at de fleste høringsinstanser som uttaler seg, er positive til forslaget om en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som i all hovedsak tilsvarer veiledningsplikten for spesialisthelsetjenesten.

4. Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

4.1 Sammendrag

Departementet viser til at flere lovbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven allerede i dag implisitt og indirekte forplikter kommunen til å sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere og pårørende, men at det er behov for å synliggjøre dette ansvaret. Med henvisning til dette, og i tråd med forslag i Primærhelsetjenestemeldingen, foreslår derfor departementet å endre helse- og omsorgstjenestelovens formålsbestemmelse slik at kommunens plikt til nødvendig opplæring av pasienter, brukere og pårørende fremgår som et sentralt og selvstendig formål med loven.

Departementet påpeker at forslaget må sees i sammenheng med forslaget i Prop. 49 L (2016–2017) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (økt pårørendestøtte), som flertallet senere har sluttet seg til, jf. Innst. 239 L (2016–2017).

Departementet legger til grunn at de samlede kostnadene for kommunene på sikt vil bli redusert.

4.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at det i Meld. St. 26 (2014–2015) Primærhelsetjenestemeldingen ble varslet at regjeringen ville foreslå å tydeliggjøre kommunenes ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring. Stortinget sluttet seg til dette i Innst. 40 S (2015–2016). Komiteen er fornøyd med at regjeringen nå følger opp dette forslaget. Komiteen peker på at flere lovbestemmelser allerede i dag implisitt og indirekte forplikter kommunen til å sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere og pårørende, men at det er behov for å synliggjøre dette ansvaret.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at Stortinget nylig ga støtte til hovedgrepene i regjeringens forslag i Prop. 49 L (2016–2017), Innst. 239 L (2016–2017). Den nye lovbestemmelsen styrker de pårørendes rettsstilling, ved å tydeliggjøre kommunens ansvar for å tilby støtte til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Kommunene får nå en plikt til å foreta en selvstendig vurdering av de pårørendes behov, og de må tilby pårørendestøtte i form av avlastning, omsorgsstønning, veiledning og opplæring. Disse medlemmer mener dette sikrer at kommunens helse- og omsorgstilbud også ivaretar pårørende.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Arbeiderpartiet i Innst. 239 L (2016–2017) støttet hovedgrepene som ble foreslått i Prop. 49 L (2016–2017) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (styrket pårørendestøtte). Samtidig understreket disse medlemmer at lovendringene burde vært fulgt bedre opp med en motsvarende styrking av pasient- og brukerrettighetsloven.

Disse medlemmer er bekymret for at manglende oppfølging i denne loven kan medføre at de positive intensjonene i Prop. 49 L (2016–2017) ikke får den ønskede effekt, for eksempel med tanke på å få mer likeverdig praksis kommunene imellom når det gjelder å yte omsorgsstønad.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet under behandling av Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte) (Innst. 239 L (2016–2017), jf. Prop. 49 L (2016–2017)) etterlyste en samlet og mer helhetlig pårørendepolitikk som sørger for nye rettigheter og velferdsordninger, inkludert opplæring, støtte og veiledning til pårørende, avlastning til dem som bærer tunge omsorgsbyrder og økonomisk trygghet. Dette medlem mener lovendringen Stortinget vedtok, ikke vil føre til nødvendige endringer.

Komiteen vil peke på at en samlet komitémerknad understreket at oppfølging av pårørende omsorgsytere med god informasjon og opplæring vil være viktig uansett om omsorgsoppgavene er omfattende eller ikke – noe som i neste omgang kan forhindre at omsorgsansvaret utvikler seg til å bli mer omfattende. Komiteen understreket at slik bistand også kan være med på å redusere behovet for eksempel for avlastning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet legger til grunn at dette følges i lovens forskrifter.

5. Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

5.1 Sammendrag

Etter departementets syn vil innføring av bestemmelser som tydeliggjør ansvaret for helse- og omsorgstjenestenes ledelse, kunne bidra til en styrket bevissthet rundt og økt ansvarlighet knyttet til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle over-

grep ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Departementet foreslår at det innføres en ny bestemmelse i henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven som skal omfatte:

- Ansvar for å ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep.
- Ansvar for å legge til rette for at tjenestene blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Formålet med forslaget er å tydeliggjøre det ansvar ledelsen for helse- og omsorgstjenestene har for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår at ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven plasseres i lovens kapittel 3 om kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, og da som ny § 3-3 a.

Forslaget til ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven foreslås plassert i lovens kapittel 2 om ansvarsfordeling og generelle oppgaver, og da som ny § 2-1 f. Når det gjelder vold og seksuelle overgrep vil denne bestemmelsen tydeliggjøre det ansvaret som i dag også følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a annet og tredje ledd om de regionale helseforetakenes ansvar og § 2-2 om forsvarlighet.

Det følger av proposisjonens at ansvaret for tannhelsetjenesten foreslås overført fra fylkeskommunen til kommunen. I henhold til forslaget skal dagens tannhelsetjenestelov oppheves fra 1. januar 2020.

Lovendringene presiserer gjeldende rett og antas derfor ikke å ha økonomiske og administrative konsekvenser av betydning. Departementet legger til grunn at etterlevelsen av lovbestemmelsene følges opp innenfor gjeldende ressursrammer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i spesialisthelsetjenesten og i tannhelsetjenesten.

5.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at regjeringen både i Meld. St. 26 (2014–2015) Primærhelsetjenestemeldingen og i Tiltaksplanen mot vold og seksuelle overgrep (2014–2017) varslet en tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Komiteen støtter de fremlagte forslagene, og mener at lovendringene bidrar til at kommuner og helseforetak får en klarere og mer konkretisert plikt til å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir avdekket og avverget. Komiteen viser til at det er en uttalt oppfatning at vold og seksuelle overgrep i

for liten grad avdekkes av helse- og omsorgstjenestene og at informasjon om dette i for liten grad videreformidles til politiet og barnevernet. Komiteen vil påpeke at det er viktig at tjenestene utvikler en kultur hvor arbeidet med å avdekke vold og overgrep blir en naturlig del av det å yte helse- og omsorgstjenester. Komiteen mener helse- og omsorgstjenestene er i en unik posisjon til å forebygge og avdekke vold og overgrep, og peker på at de kommunale helse- og omsorgstjenestene er i nær kontakt med en stor andel av befolkningen. Komiteen merker seg også at samtlige høringsinstanser støtter forslaget, og gir uttrykk for at tydeliggjøringen er viktig og nødvendig.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til Innst. 247 S (2016–2017) fra justiskomiteen og peker på at Arbeiderpartiet og Senterpartiet valgte å ikke stemme for noen av forslagene i opptrappingsplanen mot vold og overgrep som regjeringen la fram.

Disse medlemmer mente at Prop. 12 S (2016–2017) ikke svarer på anmodningsvedtaket fra Stortinget (vedtak 623, 8. juni 2015):

«Stortinget ber regjeringen snarest fremme forslag om en forpliktende og helhetlig opptrappingsplan som skal redusere forekomsten av vold i nære relasjoner samt styrke ivaretagelsen av barn utsatt for vold og overgrep, etter modell fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen skal sikre en tverrfaglig bredde i tiltakene, god samordning og en langsiktig forpliktelse til økt finansiering og øremerkede midler.»

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet og Senterpartiet påpekte at viktige saksområder ikke var tatt med eller kun var beskrevet. Planen hadde heller ingen tidsplan for når i planperioden de ulike tiltakene skal gjennomføres, noe som ville forpliktet regjeringen på finansiering og til å øremerke midler. Disse medlemmer mener opptrappingsplanen er mindre forpliktende enn tidligere handlingsplaner på feltet, selv om Stortingets intensjon var en opptrapping.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at eldre som utsettes for vold, likestilles med andre voksne i Opptrappingsplanen mot vold og overgrep, jf. Prop. 12 S (2016–2017), som Stortinget nylig har vedtatt. Disse medlemmer viser videre til at det å forebygge og bekjempe vold mot eldre har regjeringen også lagt inn i andre planer og meldinger. Disse medlemmer viser blant annet til Kompetanseløft 2020 og stortingsmelding om fremtidens primærhelsetjeneste når det gjelder behov for å sikre høy kompetanse på bruk av tvang i helsesektoren. Disse medlemmer viser videre til at fra 2017 stilles det krav om

politiattest for alle som jobber i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer mener det var oppsiktsvekkende at Arbeiderpartiet og Senterpartiet foreslo å sende Opptrappingsplanen i retur, som ville ha medført utsettelse av en rekke tiltak overfor sårbare grupper som barn, unge og eldre.

6. Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktlege

6.1 Sammendrag

Pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse med behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har krav på kontaktlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a. En tilsvarende plikt for spesialisthelsetjenesten fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c som sier at helseforetaket skal oppnevne kontaktlege. Ulikheter i begrepsbruken i de to nevnte bestemmelsene har medført at det har vært uklart om plikten kun gjelder for offentlige helseinstitusjoner eller om også private helseinstitusjoner som yter spesialisthelsetjenester er omfattet av bestemmelsen.

Departementet foreslår å endre spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c slik at det tydeliggjøres at plikten til å oppnevne kontaktlege gjelder for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. Dette innebærer at både offentlige og private helseinstitusjoner vil være omfattet av bestemmelsen.

Departementet foreslår også at private spesialister, herunder spesialister som har inngått avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, ikke skal omfattes av bestemmelsen.

Departementet ser at kontaktlegeordningen i en overgangsfase kan føre til noe mer administrasjon, men at den på sikt mest sannsynlig vil gi en bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet i tjenestene. Endringen kan etter departementets vurdering gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

6.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at Stortinget har vedtatt at pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse med behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har krav på kontaktlege, jf. Innst. 49 L (2015–2016). Komiteen viser til at denne rettigheten nå er innført gjennom pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a, og en tilsvarende plikt for spesialisthelsetjenesten fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 C som sier at helseforetaket skal oppnevne kontaktlege. Komiteen merker seg at ulikheter i begrepsbruken i de to bestemmelsene har medført at det har vært uklart om plikten gjelder

for offentlige helseinstitusjoner eller om også private helseinstitusjoner som yter spesialisthelsetjenester er omfattet av bestemmelsen. Komiteen støtter at det nå fremgår uttrykkelig at plikten til å oppnevne kontaktleger gjelder både offentlige og private helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenester. Komiteen støtter at private avtalespesialister ikke skal omfattes av bestemmelsen.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at det er mange pasienter som har rett til kontaktleger som likevel ikke får dette. Dette medlem mener dette er en stor utfordring for helsetjenesten, og at regjeringen må sikre at tilbudet implementeres både hos private og offentlige.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om på egnert vis å informere Stortinget årlig om måloppnåelse for og utviklingen av kontaktlegerordningen.»

7. Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging

7.1 Sammendrag

Etter departementets vurdering er det viktig at kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging fremgår tydeligere av loven enn i dag. En tydeliggjøring av lovkravet vil etter departementets vurdering bidra til at psykososial beredskap og oppfølging planlegges og ytes innenfor en mer forutsigbar og forpliktende ramme enn i dag.

Under henvisning til ovenstående foreslår derfor departementet en tydeliggjøring av kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging ved at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 gis en tilføyelse i form av en ny bokstav d. Forslaget begrenser seg til kun en tydeliggjøring av gjeldende rett, og eventuelle utgifter forbundet med tiltaket vil måtte dekkes innenfor kommunenes gjeldende budsjettammer.

7.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at kommunene skal sørge for nødvendig og forsvarlig psykososial beredskap og oppfølging i en akutt situasjon/beredskapssituasjon og i en oppfølgingsfase etterpå. Komiteen viser til regjeringens vurdering av nødvendigheten av at kommunenes ansvar for psykososial beredskap og oppfølging fremgår tydeligere av loven enn i dag, og komiteen støtter dette.

8. Oppheving av krav om henvisning for å få stønad til behandling hos fysioterapeut

8.1 Sammendrag

I Primærhelsetjenestemeldingen varslet regjeringen at det skal vurderes å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans. I samme melding varsles også at det skal utarbeides en forskrift som skal regulere avtalefysioterapeutenes virksomhet, inklusiv kvalitets- og funksjonskrav. I «Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019» omtales også disse tiltakene, og det forutsettes at før direkte tilgang til fysioterapeut innføres, må forskrift som regulerer avtalefysioterapeutenes virksomhet være på plass.

Departementet mener fysioterapeuter gjennom utdanningen i utgangspunktet har de nødvendige faglige kvalifikasjonene for å kunne ivareta det utvidede ansvaret en slik lovendring vil medføre. Kravet til forsvarlighet pålegger fysioterapeuter å henvise videre og å søke råd dersom det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp. Dette forslaget endrer ikke på dette.

I folketrygdloven § 5-8 andre og tredje ledd er det stilt vilkår for at trygden skal yte stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Av tredje ledd første punktum fremgår at medlemmet må være henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut for å ha rett til stønad. Av bestemmelsens andre punktum fremgår at kravet til henvisning ikke gjelder ved undersøkelse og behandling hos manuellterapeut. Departementet foreslår å oppheve folketrygdloven § 5-8 tredje ledd første og andre punktum.

Flere kommuner og brukerorganisasjoner har uttalt at de ser prioritering av pasienter som en utfordring. Departementet påpeker at også i dag må fysioterapeutene prioritere mellom pasientgrupper i sin praksis. Henvisningen fra legen påvirker i liten grad denne prioriteringen. Departementet mener at bortfall av henvisningskravet ikke vil medføre at enkelte pasientgrupper, som for eksempel de med kroniske lidelser, skal måtte vente lenger på behandling enn øvrige pasientgrupper.

Departementet mener forholdene ligger godt til rette for god og sikker kommunikasjon mellom fysioterapeutene og fastlegene. Departementet vil i arbeidet med forskriftsfesting av krav til funksjons- og kvalitetskrav vurdere regulering som sikrer at fysioterapeuter deler informasjon med pasientens fastlege, forutsatt at pasienten ikke motsetter seg slik informasjonsutveksling.

Departementet legger til grunn at bortfallet av henvisningskravet ikke vil ha økonomiske konsekvenser av betydning for de involverte aktørene.

8.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at det i Meld. St. 26 (2014–2015) Primærhelsetjenestemeldingen ble varslet at regjeringen ville vurdere å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans. I samme melding ble det også varslet om at det skal utarbeides en forskrift som skal regulere avtalefysioterapeutenes virksomhet, inklusive kvalitets- og funksjonskrav. Komiteen viser til at regjeringen nå foreslår å oppheve kravet om henvisning for å få refundert utgifter fra folketrygden for behandling hos fysioterapeut. Komiteen merker seg at regjeringen begrunner endringen med at dette vil forenkle tilgangen til tjenesten, og redusere bruken av fastlegetjenester utelukkende for å få en henvisning til fysioterapi. Komiteen viser til at det i dag primært er fastlegen som henviser til fysioterapeut, men at det er fysioterapeuten som selv avgjør behandlingsform, behandlingstid og antall behandlinger på bakgrunn av opplysninger på henvisningen og egen vurdering av pasientens behov. Komiteen peker på at fysioterapeutene selv foretar prioriteringer av pasienter i egen praksis, og kan på bakgrunn av egen undersøkelse og vurdering endre behandlingsdiagnosen som legen har satt. Komiteen merker seg regjeringens vurdering om at for mange pasienter medfører dagens ordning et legebesøk som ikke gir merverdi for oppfølging eller behandling, samtidig som det gir ekstra kostnader for både pasienten og folketrygden i form av egenbetaling og stønad. I tillegg vil det bli en forsinket oppstart av behandlingen, og dagens ordning legger også beslag på fastlegeressurser som kunne vært benyttet til andre pasienter og oppgaver. Komiteen peker også på at det i dag ikke praktiseres krav om henvisning fra lege eller annen instans for behandling hos lønnede fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Komiteen merker seg at flertallet av høringsinstansene støtter forslaget. Komiteen støtter at det parallelt med innføring av direkte tilgang er nødvendig at kommunene har dialog med avtalefysioterapeutene i sin kommune om prioriteringer. Komiteen vil i likhet med regjeringen peke på at god kommunal styring er viktig for å legge til rette for at fysioterapeuten prioriterer pasienter med størst behov. Komiteen mener derfor det er viktig at arbeidet med forskriften som regulerer virksomheten til avtalefysioterapeuter, som har som formål å gi kommunen et verktøy til å styre fysioterapitjenesten i retning av kommunens behov, blir sett i sammenheng med forslaget om direkte tilgang til fysioterapi.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil understreke at muskel- og skjelettsykdommer rammer mange, fører til flest år med helsetap og er den vanligste årsaken

til sykefravær og uførhet. Disse medlemmer vil peke på at det er for lite oppmerksomhet rundt denne diagnosegruppen, og mener at tidlig avklaring vil gi betydelig reduserte pasientlidelser og samfunnsøkonomiske besparelser. Norsk Manuellterapeutforening har etterlyst tiltak som vil bedre henvisningskvaliteten. Disse medlemmer er positive til å vurdere nye roller og oppgaver for helsepersonell, så lenge det er faglig forsvarlig, gir god pasientsikkerhet og ikke medfører økte sosiale forskjeller.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til merknad i Innst. 40 S (2015–2016) fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Sosialistisk Venstreparti med kommentar til forslaget om å gi innbyggere direkte tilgang til fysioterapi. Disse medlemmer vil peke på at disse partiene, i likhet med flere høringsinstanser, advarte mot uten videre å endre praksis, fordi dette kan føre til at de som trenger det mest får dårligere tilgang, dersom ikke øvrige tiltak gjennomføres. Disse medlemmer viser til at det i dag er lang ventetid hos fysioterapeuter, til tross for at leger og andre med henvisningskompetanse prioriterer hvilke pasienter som har størst behov for tjenester.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil imidlertid peke på at et stort antall av høringsinstansene, herunder både Allmennelegeforeningen og Norsk Fysioterapeutforbund, mener det kan være fornuftig med en slik endring, med tanke på å fjerne uønsket forsinkelse til nødvendig behandling. Disse medlemmer mener dette er en viktig begrunnelse for en endring av henvisningspraksis til fysioterapi. Samtidig har flere tatt til orde for at man må se på utdanningen av fysioterapeuter, både med tanke på lengde og innhold, og at dette blir spesielt viktig dersom direkte tilgang til fysioterapi blir gjort gjeldende. Disse medlemmer støtter dette.

Disse medlemmer har merket seg at en rekke høringsinstanser har bemerkninger til forslaget om direkte tilgang til fysioterapi knyttet til

- epikrise og samhandling med fastlegen
- økonomiske implikasjoner knyttet til helsetjenester i EØS-land
- prioritering av pasienter, herunder oppfølging av kronikere

Disse medlemmer ber om at regjeringen tar dette til etterretning når lovforslaget skal implementeres og forskriften utformes, slik at de hensynene som her påpekes blir ivaretatt. Disse medlemmer ber regjeringen særskilt vurdere hvorvidt ordly-

den «ved behov» er tydelig nok når det gjelder hvorvidt epikrise skal oversendes fra fysioterapeut til fastlege.

Disse medlemmer vil særskilt understreke viktigheten av å anerkjenne fastlegens spesielle rolle i det tverrfaglige teamarbeidet som er så avgjørende for å utvikle kommunenes helsetjenester. Det er i den forbindelse grunn til å merke seg at innvendingene som kommer mot å fjerne fastlegens henvisning til fysioterapi, framholder at dette vil kunne bidra til oppsplitting og mindre tverrfaglighet. Disse medlemmer ber regjeringen sørge for at det tverrfaglige teamarbeidet ikke blir skadelidende ved den foreslåtte endringen.

Disse medlemmer peker også på at en rekke høringsinstanser er bekymret for at direkte tilgang til fysioterapi vil gå ut over de mest sårbare pasientene. Disse medlemmer ber regjeringen om særskilt å følge med på tilbudet til denne gruppen. Disse medlemmer viser videre til pasient- og brukerombudene, Norges Handikapforbund med flere, som ber Helse- og omsorgsdepartementet følge nøye med på om forslaget har ønsket effekt. Høringsinstansene peker på at det allerede er store kapasitetsproblemer innen dagens fysioterapitilbud. Andre høringsinnspill dreier seg om rettledning for prioritering, slik at fysioterapeutene får et godt verktøy i sin vurdering av pasienter. Disse medlemmer legger til grunn at regjeringen følger utviklingen nøye, slik at relevante momenter som er kommet i høringene, ivaretas.

Disse medlemmer viser til at det i høringen ble pekt på viktigheten av at sykdom ikke overses, og at det ikke som følge av direkte tilgang til fysioterapi blir dårligere prioritering mellom pasienter. Flere høringsinstanser påpeker at kronikerne ikke må risikere å komme lenger bak i køen. Legeforeningen mener krav til elektronisk meldingsutveksling mellom fysioterapeut og lege må på plass. Legeforeningen mener også at det ikke foreligger forskning av god kvalitet som viser nytte av direkte tilgang til behandling og sykemelding hos manuellterapeuter eller kiropraktorer i Norge. Disse medlemmer vil understreke viktigheten av at bortfall av krav om henvisning ikke fører til mindre faglig begrunnet prioritering, og at det er gode rutiner for henvisning dersom sykdommen tilsier oppfølging av lege. Disse medlemmer viser til at dette må ivaretas i forskriftsarbeidet.

9. Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen

9.1 Sammendrag

9.1.1 *Forslaget i Oppgavemeldingen og Stortingets behandling av meldingen*

Gjennom behandlingen av Meld. St. 14 (2014–2015), jf. Innst. 333 S (2014–2015) den 9. juni 2015, sluttet et flertall på Stortinget seg til regjeringens forslag om å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til større og mer robuste kommuner.

I Oppgavemeldingen ble det lagt til grunn at generalistkommuneprinsippet fortsatt skal være hovedmodellen for kommunesektoren og at nye oppgaver som hovedregel skal overføres til alle kommuner. Departementet legger til grunn at ansvaret for tannhelsetjenester skal tilligge hver enkelt kommune, slik det er for fylkeskommunene i dag.

Departementet sendte 6. juni 2016 ut høringsnotat om overføring av tannhelsetjenestene fra fylkeskommunen til kommunen. Spørsmålet om ansvaret for tannhelsetjenester bør overføres fra fylkeskommunen til kommunen, var ikke tema i høringen. De fleste høringsinstansene har likevel kommentert dette. Et stort flertall av høringsinstansene går imot å overføre det offentliges ansvar for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen.

Departementet har merket seg synspunktene fra høringsinstansene når det gjelder oppgaveoverføringen, men finner likevel ikke innvendingene så tungtveiende at de rokker ved selve grunnlaget for forslagene i høringsnotatet som bygger på at det samlede ansvaret for tannhelsetjenester overføres til kommunene, inklusive ansvaret for odontologiske spesialisttjenester.

9.1.2 *Lovstruktur for fremtidig regulering av kommunale tannhelsetjenester*

Et sentralt spørsmål er hvorvidt kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester bør reguleres i en egen kommunal tannhelsetjenestelov, det vil si en videreføring av dagens lovstruktur, eller om ansvaret for tannhelsetjenester bør reguleres sammen med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester i helse- og omsorgstjenesteloven.

Departementet foreslår i proposisjonen å videreføre hovedtrekkene ved dagens regulering av tannhelsetjenester på et fremtidig kommunalt nivå, blant annet når det gjelder rekkevidden av det offentliges ansvar for å sørge for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper. Departementet viser samtidig til at det er behov for å modernisere og harmonisere innholdet i tannhelsetjenesteloven med øvrig helselovgivning. Dette behovet har vært der lenge, men gjør seg i særlig grad gjeldende når tannhelsetjenester blir

et kommunalt ansvar på linje med en rekke andre helse- og omsorgstjenester.

Etter departementets vurdering vil en felles tjenestelov for tannhelsetjenester og andre kommunale helse- og omsorgstjenester gi et bedre grunnlag for å oppnå et helhetlig og oversiktlig regelverk enn regulering i to atskilte lover. Et felles rettslig rammeverk kan også bidra til at tannhelse i større grad blir en integrert del av de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å regulere kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven og pasientens rettigheter til tannhelsehjelp, klage mv. i pasient- og brukerrettighetsloven.

9.1.3 *Formål og virkeområde*

Departementet foreslår at formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 kan gis uavkortet anvendelse for tannhelsetjenester. Forslaget er i praksis en videreføring av gjeldende rett.

Departementet foreslår å ta inn en presisering i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd som klargjør at loven også får anvendelse for tannhelsetjenester som hører under kommunens ansvar.

Tannhelsevirksomheten vil naturlig inngå som del av «kommunens helse- og omsorgstjeneste» og «helse- og omsorgstjenesten». På den måten legges det ikke føringer i lovverket for hvordan kommunen organiserer virksomheten, enten det er gjennom en egen tannhelseetat eller på andre måter.

9.1.4 *Forholdet til andre lover*

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser som regulerer forholdet til helsepersonelloven. Det er likevel ingen tvil om at helsepersonelloven i dag gjelder direkte for autorisert helsepersonell og eventuelt annet personell i den grad de yter helsehjelp i form av tannhelsetjenester, enten hjelpen gis av ansatte i fylkeskommunen eller av private tjenesteytere. Departementet legger til grunn at helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 først og fremst vil ha betydning for personell som yter andre tjenester enn helsehjelp.

Departementet legger til grunn at det ikke er behov for et mer omfattende unntak fra forvaltningsloven når det gjelder kommunale tannhelsetjenester, enn det som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Departementet foreslår dermed at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 om forholdet til forvaltningsloven kan gjøres gjeldende for tannhelsetjenester uten at det er nødvendig med tilpasninger. Forslaget innebærer i praksis en videreføring av gjeldende rett, og vil ikke føre til merarbeid for kommunen

sett i forhold til hvilke prosessuelle plikter fylkeskommunen er pålagt i dag.

9.1.5 *Kommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester til befolkningen*

Departementet understreker at oppholdsprinsippet ligger fast ved overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen. Hverken tannhelsetjenesteloven eller helse- og omsorgstjenesteloven bygger på bostedsprinsippet og det er derfor ikke aktuelt å legge dette til grunn for regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester.

Departementet foreslår å videreføre ansvaret for å sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester for hele befolkningen på kommunalt nivå. I tillegg foreslår departementet en presisering i helse- og omsorgstjenesteloven av at ansvaret for å sørge for å tilby nødvendige tannhelsetjenester, i motsetning andre kommunale helse- og omsorgstjenester, er begrenset til å omfatte personer innen bestemte persongrupper som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen. Forslagene er en videreføring og presisering av gjeldende rett.

Departementet foreslår å ta inn et nytt punkt om tannhelsetjenester i opplistingen av tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd. På den måten tydeliggjøres det at tannhelsetjenester er blant de spesifikke tjenester som kommunen som et minimum skal tilby.

Departementet foreslår å ta inn en presisering i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd av at kommunens ansvar for å sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester inkluderer spesialisttjenester. Dette anses nødvendig for ikke å skape tvil om at rekkevidden av kommunens ansvar vil bli den samme som det ansvar fylkeskommunen har i dag.

Departementet foreslår også at det er en forutsetning for ivaretagelse av kommunens tilgjengelighets- og samordningsansvar at kommunen faktisk har en planleggingsplikt. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3a kan innpasses i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd uten at det er nødvendig med lovendringer. Dette er en videreføring av innholdet i tannhelsetjenesteloven § 1-3a, på lik linje med den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-3a.

9.1.6 *Kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper*

PLIKT TIL Å GI ET REGELMESSIG OG OPPSØKENDE TANNHELSETILBUD

Et av formålene med tannhelsetjenesteloven er å gi hjelp til vanskeligstilte grupper. I forarbeidene til loven er det lagt vekt på at i tillegg til barn og ung-

dom, skal ulike vanskeligstilte grupper som for eksempel psykisk utviklingshemmede og langtidssyke sikres et tilbud om organisert og oppsøkende tannhelsehjelp.

Departementet foreslår å videreføre det offentlige ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen. Forslaget krever endringer i helse- og omsorgstjenesteloven. Det foreslås å ta inn en ny bestemmelse i loven som § 3-2 b, som erstatning for tannhelsetjenesteloven § 1-3.

BARN OG UNGDOM FRA 0 TIL 20 ÅR

Departementet foreslår å videreføre det offentlige ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til barn og unge til og med det året de fyller 20 år ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen. Det foreslås å ta inn bestemmelsen som nr. 1 i ny § 3-2 b første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven. Av hensyn til forenkling foreslås det at dagens bestemmelse om barn og unge 0–18 år slås sammen med bestemmelsen om unge 19–20 år.

Det har bare betydning å sondre mellom disse to persongruppene når det gjelder betaling av vederlag hvor førstnevnte gruppe har rett til gratis tannhelsehjelp, mens sistnevnte må betale (reduisert) vederlag.

PERSONER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING

Fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.

Departementet foreslår å videreføre det offentlige ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer med psykisk utviklingshemming ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen.

GRUPPER AV ELDRE, LANGTIDSSYKE OG UFØRE I INSTITUSJON OG HJEMMESYKEPLEIE

Etter departementets vurdering er det behov for å justere kriteriene for tildeling av tannhelsehjelp for å få større treffsikkerhet når det gjelder hvilke personer som har et reelt behov for tannhelsehjelp fra det offentlige som følge av redusert evne til egenomsorg i kombinasjon med stor risiko for utvikling av tannsykdom mv. Lovforslagene i proposisjonen vedrørende grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie tar dermed sikte på å videreføre og klargjøre gjeldende rett i en mer moderne språkdrakt, med enkelte justeringer som følge av tilpasninger til den nye begrepsbruken i helse- og omsorgstjenesteloven.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre det offentlige ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer i institusjon ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen. Det foreslås videre at dagens formulering «grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon» erstattes med formuleringen «personer som oppholder seg i helseinstitusjon, herunder institusjon i spesialisthelsetjenesten», uten at dette innebærer noen realitetsendring.

Departementet foreslår å videreføre det offentlige ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie.

ANDRE GRUPPER SOM KOMMUNEN HAR VEDTATT Å PRIORITERE

Fylkeskommunen kan gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til andre grupper som den har vedtatt å prioritere. Departementet foreslår å videreføre hjemmelen slik at det fremgår klart også av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen har anledning til å vedta å gi et tannhelsetilbud til andre personer enn de som er listet opp i loven, og finansiere dette tilbudet gjennom frie inntekter.

TANNHELSETJENESTER TIL VOKSNE PASIENTER MOT BETALING

Fylkeskommunen kan vedta å yte tjenester til voksne pasienter mot betaling, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd. Med virkning fra 1. januar 2015 ble § 1-3 tredje ledd endret, slik at departementet fikk hjemmel til å forskriftsfeste at fylkeskommunen skal sørge for å tilby slike tjenester i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud. Slik forskrift er gitt, jf. forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv.

Departementet foreslår å videreføre reglene om tannhelsetjenester til voksne mot betaling ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen.

TANNHELSETJENESTER TIL PERSONER MED RUSAVHENGIGHET

Etter departementets vurdering bør følgende personer med rusavhengighet gis lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen:

- Personer som på grunn av rusavhengighet mottar tjenester som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b og c.
- Personer som mottar legemiddelassistert rehabilitering.

- Personer som mottar annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet.

Det kan reises spørsmål om hvem som kan defineres som «rusavhengig» og hvor grensen mot «rusfri» går. Med forslagene over er utgangspunktet at personer med rusavhengighet vil ha rettigheter til tannhelsehjelp mens de er under aktiv rusbehandling. Videre vil de ha rettigheter både i forkant og i etterkant av behandlingen, såfremt de da mottar (andre) helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Det forutsettes derfor at tannbehandling som er påbegynt mens vedkommende er under avrusing, blir fullført selv om rusbehandlingen er avsluttet. Dette gjelder uavhengig av årsaken til at behandlingen avsluttes. De ansvarlige for tannbehandlingen må i alle tilfelle vurdere forsvarligheten ved å avslutte en påbegynt behandling.

Departementet foreslår å lovfeste kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet på visse vilkår ved overføringen av ansvaret til kommunene.

TANNHELSETJENESTER TIL INNSATTE I FENGLER I KRIMINALOMSORGEN

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Dette inkluderer innsatte i fengsler. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen som gruppe er ikke særskilt nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3.

Departementet foreslår å lovfeste kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Forslaget innebærer i hovedsak en kodifisering av gjeldende praksis.

PRIORITERINGSBESTEMMELSER

I tannhelsetjenesteloven benyttes betegnelsene «prioriterte oppgaver» og «prioriterte grupper» om persongruppene som fylkeskommunen har ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til. Det fremgår at prioriterte grupper er alle gruppene som er nevnt i § 1-3 første ledd, inklusive andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt «å prioritere» etter bokstav e. Videre fremgår det av § 1-3 andre ledd første punktum at gruppene i bokstav a til e er listet opp i «prioritert rekkefølge».

Departementet foreslår at bestemmelser i tannhelsetjenesteloven knyttet til prioritering ikke bør videreføres i helse- og omsorgstjenesteloven ved overføringen av ansvaret til kommunene.

9.1.7 Helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid

Helsefremmende og forebyggende arbeid står sentralt i tannhelsetjenesteloven. Oppgaveoverføringen innebærer at kommunen får et noe utvidet ansvar for folkehelsearbeid etter folkehelseloven. Samtidig får kommunen større mulighet til å se utviklingstrekk i befolkningens tannhelse i sammenheng med andre helse- og sykdomsforhold og dermed få et samlet bilde av innbyggernes helse- og sykdomstilstand samt faktorer som kan påvirke denne.

I den grad det er behov for å legge statlige føringer for prioriteringer når det gjelder oppgaveløsningen, hører spørsmål knyttet til forholdet mellom forebygging og behandling naturlig mer hjemme i nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere.

Departementet foreslår en regulering av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3, uten at det er behov for tilpasninger. Forslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett.

9.1.8 Forholdet til privat tannhelsevirksomhet

Departementet foreslår at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd bør erstatte gjeldende bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 4-1 første ledd, slik at kommunen ved behov får mulighet til å inngå avtaler også med annet tannhelsepersonell enn tannleger. Forslaget er nytt i forhold til gjeldende rett. Departementet understreker at dette forslaget må ses i sammenheng med forslaget om å lovfeste krav til at kommunen må ha tilknyttet tannlege. Det betyr at kommunen kan ikke ved å inngå avtale med privat tannpleier om å utføre tjenester for kommunen, fri seg fra kravet om å knytte til seg tannlege.

Departementet foreslår å videreføre forbudet mot å overdra avtaler med private ytere av tannhelsetjenester ved at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd gis anvendelse for avtaler med private ytere av tannhelsetjenester. Forbudet mot overdragelse understreker at avtaleforholdet er personlig. Forbudet er rettet mot den private tjenesteyteren.

PRIVATE TJENESTEYTERE UTEN AVTALE MED KOMMUNEN

Tannhelsetjenesteloven gjelder kun for det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Loven gjelder for private tannleger som utfører behandling etter avtale med fylkeskommunen, siden dette vil være en del av fylkeskommunens ansvar. Privatpraktiserende tannleger uten avtale med fylkeskommunen kan derfor ikke pålegges forpliktelser etter loven.

Departementet legger til grunn at kommunene i praksis vil basere seg på avtaler dersom private ytere av tannhelsetjenester skal yte tannhelsetjenester på

vegne av kommunen. Behovet for i forskrift å kunne regulere private ytere av tannhelsetjenester antas blant annet av den grunn heller ikke å være stort.

9.1.9 Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Når tannhelsetjenesten blir et kommunalt ansvar, vil mulige forvaltningsmessige barrierer ikke lenger være til hinder for samhandling og samarbeid mellom tannhelsepersonell og personell i øvrige kommunale tjenester. Etter departementets vurdering bør denne samhandlingen som i praksis foregår, understøttes ved at plikten til intern samhandling i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd også gjøres gjeldende for kommunens tannhelsetjeneste.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 som gir departementet hjemmel for å påby interkommunalt samarbeid mellom kommuner om helse- og omsorgstjenester, er ny i forhold til gjeldende rett når det gjelder tannhelsetjenester. Departementet er av den oppfatning at samarbeid mellom kommuner i utgangspunktet bør inngås på frivillig basis. Departementet ser det likevel som nødvendig å kunne pålegge interkommunalt samarbeid i særlige tilfeller.

Behovet for en spesialbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som gir mulighet til å pålegge interkommunalt samarbeid om spesialisttannhelsetjenester, vil bli vurdert i forbindelse med arbeidet som Kommunal- og moderniseringsdepartementet har startet, og hvor Helse- og omsorgsdepartementet er trukket inn. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 må derfor ses i lys av dette arbeidet.

ANSVAR FOR SAMORDNING AV OFFENTLIGE OG PRIVATE TANNHELSETJENESTER

Departementet foreslår å ta inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 andre ledd som viderefører ansvaret for å samordne offentlig og privat tannhelsetjeneste på kommunalt nivå. Forslaget er en videreføring av gjeldende rett.

9.1.10 Kommunens ansvar for akutt tannhelsehjelp

Departementet foreslår at tannhelsetjenester bør inngå i bestemmelsen om øyeblikkelig hjelp i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Det betyr at begrepet «øyeblikkelig hjelp» også vil omfatte tilfeller med behov for akutt tannhelsehjelp. Forslaget innebærer en lovfesting av kommunens ansvar for å tilby eller yte tannhelsehjelp overfor bestemte persongrupper når behovet er påtrengende nødvendig. Forslaget innebærer også at kommunen får ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester ved akutt behov er tilgjengelige for befolkningen for øvrig.

Departementet finner på denne bakgrunn at det ikke foreligger tilstrekkelig tungtveiende nasjonale hensyn for å pålegge kommunene plikt til å organisere tilbud om øyeblikkelig tannhelsehjelp utenfor ordinær kontortid i form av tannlegevakt, på linje med legevakt.

9.1.11 Pasient- og brukervedvirkning mv.

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd følger det at «virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her» er omfattet av kommunens ansvar etter bestemmelsen. Sammenholdt med loven § 1-2 første ledd vil dette bety at kommunen skal sørge for at private tannpleiere og tannleger som har avtale med kommunen etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Dette innebærer utvidede plikter for privatpraktiserende tannhelsepersonell sammenlignet med i dag.

Departementet foreslår at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 bør gis uavkortet anvendelse på tannhelsetjenester uten tilpasninger. Forslaget er nytt i forhold til gjeldende rett.

9.1.12 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Det finnes ingen bestemmelse i tannhelsetjenesteloven som uttrykkelig pålegger fylkeskommunen en plikt til å tilby eller yte forsvarlige tannhelsetjenester. Kravet til forsvarlighet på systemnivå fremgår implisitt av tannhelsetjenesteloven.

Departementet foreslår at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 om forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet gis uavkortet anvendelse for tannhelsetjenester som ytes av kommunen selv eller av private på vegne av kommunen.

9.1.13 Særlige plikter og oppgaver

Kapittel 5 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder regler som pålegger kommunen særlige plikter og oppgaver. Dette gjelder blant annet krav knyttet til transport av behandlingsspersonell, beredskapsarbeid, politiattest, journal- og informasjonssystemer samt ulike melde-, registrerings- og opplysningsplikter.

TRANSPORT AV BEHANDLINGSPERSONELL

Departementet legger til grunn at behovet for å få utført kommunale tannhelsetjenester utenfor ordinært behandlingssted jevnt over vil være noe mindre enn det som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Hensynet til harmonisering av gjeldende rett og hensynet til mest mulig like regler for alle kommunale helse- og omsorgstjenester, taler imidlertid for at bestemmelsen som pålegger kom-

munen ansvar for å sørge for transport av behandlingspersonell i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-1 også gis anvendelse for «behandlingspersonell» som yter tannhelsetjenester. Det vil i denne sammenheng bety transport av kommunalt ansatt tannhelsepersonell og av private tjenesteytere som utfører tannhelsetjenester på vegne av kommunen.

Departementet foreslår at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-1 samt § 11-1 fjerde og femte ledd kan gis anvendelse for transport av tannhelsepersonell, uten at det er behov for lovendringer. Forslaget er i hovedsak en kodifisering og tydeliggjøring av gjeldende rett.

BEREDSKAPSARBEID

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen egen bestemmelse som pålegger fylkeskommunen planplikt i beredskapsøyemed. Departementet legger til grunn at planplikten i helse- og omsorgstjenesteloven også naturlig vil omfatte kommunenes ansvar for tannhelsetjenester. Plikten til å utarbeide beredskapsplan følger allerede av helseberedskapsloven i dag når det gjelder fylkeskommunale tannhelsetjenester, og medfører ingen endringer i gjeldende rett.

PLIKT TIL BISTAND VED ULYKKER OG ANDRE AKUTTE SITUASJONER

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om plikt til å yte bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder om beordring av personell.

Ved å gi bistandsplikten i helse- og omsorgstjenesteloven anvendelse for personell som yter tannhelsetjenester som omfattes av kommunens ansvar, vil kommunen på den måten kunne disponere en større personellgruppe og sikre bred fagkompetanse ved behov. Det vil være opp til den enkelte kommune i hvilket omfang og ved hvilke ulykker og akutte situasjoner det vil være aktuelt å benytte kompetansen til tannhelsepersonell. Forslaget vil ikke medføre nye plikter for kommunen utover det som allerede følger av beordringsplikten etter helseberedskapsloven som også gjelder for fylkeskommunen.

POLITIATTEST

Tannhelsetjenesteloven § 3-1 pålegger fylkeskommunen en plikt til å innhente politiattest fra helsepersonell i samsvar med helsepersonelloven § 20 a.

Etter departementets vurdering bør det stilles samme krav til fremleggelse og innhenting av politiattest for tannhelsepersonell som for annet personell. Dette er en naturlig konsekvens av å innlemme tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet foreslår dermed å gi helse- og omsorgs-

tjenesteloven §§ 5-4 og 5-4 a uavkortet anvendelse for tannhelsetjenester med virkning fra 1. januar 2020.

Forslaget innebærer en utvidelse av kommunens plikt til å kreve fremlagt politiattest for alle som skal yte tannhelsetjenester etter loven, uavhengig av hvem de skal yte tjenester til.

REGISTRERING AV MELDINGER

I høringsnotatet la departementet til grunn at helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7 bør gis anvendelse slik at kommunen får plikt til å motta og registrere meldinger om tannhelsepersonell som har privat praksis i kommunen. Ved overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene vil tannhelsepersonell få tilsvarende meldeplikt til kommunen etter helsepersonelloven § 18.

Kommunens registreringsplikt må særlig ses i sammenheng med kommunens plikt til å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for befolkningen i kommunen og kommunens ansvar for å samordne offentlig og privat tannhelsetjeneste. For å løse disse oppgavene på en hensiktsmessig måte, vil kommunen ha behov for å ha oversikt over personell i privat praksis. Kommunens plikt til å ta imot og registrere meldinger vil gi et bedre grunnlag for planlegging av kommunens tannhelsetjeneste og samordning av offentlig og privat sektor. Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7 kan gis anvendelse for meldinger om privat tannhelsevirksomhet uten at det er nødvendig med lovendringer. Forslaget er en videreføring og klargjøring av rettstilstanden slik den var før helsepersonelloven § 18 ble endret i 2001. Forskjellen er at meldingen skal sendes kommunen som skal motta og registrere denne, i stedet for fylkeskommunen.

MELDINGSPLIKT TIL KOMMUNEADMINISTRASJONEN

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 gir kommunen adgang til å pålegge «personell som yter tjenester etter denne lov» å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

En tilsvarende bestemmelse finnes i tannhelsetjenesteloven § 1-5.

Når det gjelder rekkevidden av meldingsplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8, har departementet vurdert om bestemmelsen også skal omfatte privatpraktiserende helsepersonell som ikke har avtale om å yte tjenester på vegne av kommune, og er kommet til at disse ikke skal omfattes av bestemmelsen.

Forslaget om å gi helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 slik den står anvendelse for kommunalt ansatt tannhelsepersonell og private tjenesteytere som har avtale med kommunen, er en videreføring av gjeldende rett.

OPPLYSNINGSPLIKT TIL STATENS HELSETILSYN OG FYLKESMANNEN

Departementet foreslår at opplysningsplikten i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 også bør få anvendelse for alle som utfører tannhelsetjenester eller annet arbeid i tilknytning til den kommunale tannhelsetjenesten. Departementet legger til grunn at private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen, har tilsvarende opplysningsplikt etter helsepersonelloven § 30. Forslaget er i sin helhet en videreføring av gjeldende rett.

JOURNAL- OG INFORMASJONSSYSTEMER

Departementet foreslår at plikten til å sørge for forsvarlige journal- og informasjonssystemer i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 bør gis anvendelse for kommunen når den selv yter tannhelsetjenester og for private som yter tannhelsetjenester på vegne av kommunen.

Forslaget innebærer en presisering av kravene som allerede følger av personvernlovgivningen, helseregisterloven og pasientjournalloven, forskriften om IKT-standarder og av det ulovfestede kravet om faglig forsvarlig virksomhet. Forslaget representerer således en videreføring og en tydeliggjøring av gjeldende rett.

9.1.14 *Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet*

Departementet foreslår at bestemmelsene om individuell plan mv. i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 får anvendelse uavkortet på tannhelsetjenester. Dette er nytt i forhold til gjeldende rett. Pasienten og brukerens behov for tannhelsetjenester vil allerede i dag kunne inngå som en del av grunnlaget for utarbeiding av individuell plan. Behovet for tannhelsetjenester vil som hovedregel i seg selv ikke medføre en plikt for kommunen til å utarbeide individuell plan. Forslaget vil derimot bidra til at behovet for tannhelsehjelp for personer med rettigheter til slik hjelp blir vurdert i sammenheng med vedkommendes øvrige behov, og dermed sikre et helhetlig og koordinert tilbud. Kommunens plikter etter loven blir dermed ikke nødvendigvis utvidet som følge av forslaget.

9.1.15 *Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning*

Departementet foreslår å videreføre det offentlige ansvar for å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell på kommunalt nivå. Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 kan gis anvendelse for undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, uten at det er behov for lovendringer. Forslaget pålegger ikke

kommunen utvidede plikter sett i forhold til hva fylkeskommunen er pålagt i dag.

Kommunens ansvar for videre- og etterutdanning fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2. Det følger av § 8-2 første ledd at kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning. Etter departementets vurdering bør bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 gis uavkortet anvendelse på personell som yter tannhelsetjenester. Forslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Når det gjelder kommunens ansvar for å medvirke til at personell i privat tannhelsevirksomhet som har avtale med kommunen også får tilgang til nødvendig videre- og etterutdanning, innebærer dette en utvidelse av kommunens plikter sett i forhold til det fylkeskommunen i dag er pålagt.

9.1.16 *Finansiering og egenbetaling*

Kapittel 11 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder blant annet bestemmelser om kommunens ansvar for utgifter og vederlag for helse- og omsorgstjenester.

KOMMUNENS ANSVAR FOR UTGIFTER TIL TANNHELSETJENESTER

Departementet foreslår å videreføre de grunnleggende prinsippene for finansiering av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunene til kommunene. Det betyr at det finansielle ansvarsprinsipp og prinsippet om rammefinansiering legges til grunn. Finansieringen vil fortsatt bestå av rammetilskudd fra staten, kommunenes egne skatteinntekter og pasientens betaling av vederlag/egenbetaling i form av mellomlegg.

I likhet med helse- og omsorgstjenesteloven, bygger tannhelsetjenesteloven på oppholdsprinsippet og ikke bostedsprinsippet.

Som i dag vil det være opp til den enkelte kommune hvorvidt den vil søke å inngå avtale med pasientens hjemkommune om dekning av utgifter til tannhelsehjelp.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven som lovfester en plikt for staten til å yte årlige tilskudd til kommuner hvor det ligger fengsler og hvor det følger av krav om fengselshelsetjeneste, er ny i forhold til tannhelsetjenesteloven. Samtidig kodifiserer og viderefører bestemmelsen det som har vært lagt til grunn når det gjelder fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Hvorvidt kostnadene til tannhelsetjenester og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester fremdeles skal dekkes gjennom separate tilskudd eller et felles tilskudd, vil departementet kom-

me nærmere tilbake til i de ordinære budsjettprosessene.

VEDERLAG FOR TANNHELSETJENESTER

Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2 første ledd gir kommunen en generell hjemmel til å kreve vederlag av pasient og bruker for hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, når dette følger av lov eller forskrift. Adgangen til å kreve vederlag gjelder også ved hjelp fra privat tjenesteyter som har avtale med kommunen.

I tråd med moderne lovgivningsteknikk bør detaljregulering av kommunens adgang til å kreve betaling av egenandeler og fastsettelsen av størrelsen på disse, fortrinnsvis skje i forskrift fremfor i lov. Etter departementets vurdering taler hensynet til harmonisering for at slike spørsmål i størst mulig grad bør reguleres på forskrifts nivå på samme måte som for andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

PASIENTTRANSPORT TIL OG FRA DEN KOMMUNALE TANNHELSETJENESTEN

Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett, slik at kommunen får en tilsvarende plikt til å finansiere transport til kommunale tannhelsetilbud for pasienter innenfor bestemte persongrupper som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen. Dette nødvendiggjør lovendringer. Departementet foreslår derfor at det tas inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 med lignende innhold som i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd. Videre anser departementet det som mest hensiktsmessig at det er den enkelte kommune selv som gis myndighet til å fastsette lokale forskrifter om beregning av utgiftsdekning mv. basert på lokale forhold, på samme måte som fylkeskommunen gjør i dag.

PLIKT TIL Å UTARBEIDE ATSKILTE REGNSKAPER MV. FOR TANNHELSETJENESTER

Tannhelsetjenesteloven § 5-3 omhandler plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. Bestemmelsen er utformet som en fullmaktsbestemmelse som gir departementet myndighet til å gi forskrift om føring av atskilte regnskaper, mv.

Departementet foreslår at dagens forskriftshjemmel i tannhelsetjenesteloven § 5-3 videreføres i helse- og omsorgstjenesteloven. Det betyr at kommunene etter ansvarsoverføringen kan pålegges forpliktelser når det gjelder føring av separate regnskaper for de ulike delene av tannhelsevirksomheten på tilsvarende måte som for fylkeskommunene. Forslaget er en videreføring av gjeldende rett, men krever lovendring som følge av at det ikke finnes tilsvarende

hjemmel for andre kommunale tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven.

Gjeldende regler om krav til atskilte regnskaper er utformet med tanke på fylkene som geografisk relativt store enheter, med forskjellige distrikter innenfor det enkelte fylke med ulik befolkningstetthet og varierende markedsgrunnlag for etablering av private tannhelsetjenester. Departementet legger derfor til grunn at overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til mindre forvaltningsenheter trolig kan redusere mulig risiko for kryssubsidiering særlig i små kommuner, siden pliktsubjektet (støttegiver) da vil være den enkelte kommune.

SÆRLIG OM FINANSIERING AV SPESIALISTTANNHELSETJENESTER

I Oppgavemeldingen ble det foreslått at også ansvaret for spesialisttannhelsetjenester, inkludert de regionale odontologiske kompetansesentrene, overføres til kommunen. Begrunnelsen for forslaget er at tannlegespesialister i hovedsak samarbeider med allmenntannleger når det gjelder diagnostikk, behandling, råd og veiledning samt hospitering. Kompetansesentrene driver opplæring, fagutvikling, etter- og videreutdanning og praksisnær forskning i hovedsak i samarbeid med klinikker og spesialistmiljøer innen tannhelsetjenesten.

Mange av høringsinstansene har uttrykt bekymring for overføring av ansvaret for odontologiske spesialisttjenester til kommunene.

Kompetansesentrene/spesialistmiljøene utgjør den viktigste fagstøtten til de offentlige tannklinikkerne. Det anses derfor som nødvendig med særskilte virkemidler for å sikre videreutvikling av disse spesialistmiljøene. Det foreslås derfor at staten i en overgangsperiode etter ansvarsoverføringen organiserer en særskilt finansiering av odontologiske spesialisttjenester til persongrupper med rett til nødvendig tannhelsehjelp, gjennom uttrekk fra kommunerammen. Departementet vil starte et arbeid med å utrede en særskilt finansiering av de odontologiske spesialisttjenestene. Siktemålet er at slik finansiering skal være på plass ved overføringstidspunktet, og skal gjelde i en overgangsperiode.

9.1.17 Forskjellige bestemmelser

Kapittel 12 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder forskjellige bestemmelser. Blant disse er særlig reglene om taushetsplikt og statlig tilsyn relevante for tannhelsetjenesten.

TAUSHETSPLIKT

Departementet foreslår å gi taushetsreglene i helse- og omsorgstjenesteloven uavkortet anvendelse også for ansatte i den kommunale tannhelsetjenesten.

Forslaget innebærer en endring i gjeldende rett ved at enkelte som i dag er fylkeskommunalt ansatte vil bli pålagt en strengere taushetsplikt når de overføres til kommunen. På den annen side legger departementet til grunn at det i liten grad vil være aktuelt å yte tannhelsehjelp for personell som ikke er autorisert helsepersonell. Det er derfor et fåtall som vil bli omfattet av den yrkesbestemte taushetsplikten i helsepersonelloven gjennom henvisningen i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

STATLIG TILSYN

Departementet mener at gjeldende bestemmelser om tilsyn med tannhelsetjenester bør bringes i samsvar med de generelle reglene om statlig tilsyn med kommunesektoren og harmoniseres med tilsynsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Tilsynsbestemmelsene i tannhelsetjenesteloven anses som utdaterte og uhensiktsmessige og bør erstattes av mer moderne lovbestemmelser.

Departementet foreslår at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 også får anvendelse når Fylkesmannen fører tilsyn med kommunens oppfyllelse av plikter knyttet til ansvar for tannhelsetjenester. Forslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett.

9.1.18 Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven

Departementet foreslår at pasienters rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven, sammen med klageregler, rett til individuell plan mv. Gjeldende rettighetsbestemmelser i tannhelsetjenesteloven må derfor gjennomgås og vurderes opp mot aktuelle rettighetsbestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven, på samme måte som i forhold til helse- og omsorgstjenesteloven når det gjelder reguleringen av kommunens fremtidige plikter for tannhelsetjenester.

VIRKEOMRÅDE OG DEFINISJONER

Kapittel 1 i pasient- og brukerrettighetsloven inneholder bestemmelser om formål, virkeområde og definisjoner.

Departementet legger til grunn at oppgaveoverføringen vil medføre at tannhelsetjenester blir en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Begrepet «tannhelsetjenesten» i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d vil derfor ikke lenger ha selvstendig betydning og anses dermed overflødig. Forslaget er en endring av rent teknisk art som følge av at tannhelsetjenesteloven foreslås opphevd.

RETT TIL NØDVENDIG TANNHELSEHJELP FRA KOMMUNEN

Som følge av forslaget om ny lovstruktur, vil spørsmålet om hvem som har rettigheter til tannhelsehjelp bli regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.

Utgangspunktet for departementets vurdering er at gjeldende rett bør videreføres ved at retten til nødvendig, herunder akutt, tannhelsehjelp, er forbeholdt de persongruppene som kommunen vil få ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det tas inn en egen bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven i form av en ny § 2-1 f som gir en uttømmende regulering av rettigheter til tannhelsehjelp fra kommunen.

RETT TIL INDIVIDUELL PLAN

Forslaget om rettslig forankring av kommunens ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven medfører at behovet for tannhelsetjenester hos pasienter med rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen, vil kunne utgjøre en del av det samlede tjenestebehovet som kan utløse en rett for pasienten til individuell plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Departementet legger likevel til grunn at behovet for tannbehandling vanligvis ikke vil være av et slikt omfang at det alene utløser rett til å få utarbeidet individuell plan.

BARNES RETT TIL HELSEKONTROLL

Barn og unge har allerede rettigheter til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra det offentlige etter tannhelsetjenesteloven. Denne rettigheten vil bli videreført i pasient- og brukerrettighetsloven ved overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunen.

Som følge av at tannhelsetjenester er en ny oppgave for kommunen, foreslår departementet likevel at det av pedagogiske hensyn bør komme tydelig frem at barns rett til helsekontroll og foreldres plikt til å oppfylle denne retten, også omfatter innkallinger til regelmessige tannhelseundersøkelser. Departementet foreslår derfor at pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 endres slik at det tydeliggjøres at «helsekontroll» også omfatter tannhelsekontroll.

KLAGE

Departementet foreslår at klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7 bør få full anvendelse for tannhelsetjenester. Det betyr at reglene ikke bare omfatter klager knyttet til prosessuelle rettigheter, men også klager over manglende oppfyllelse av rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommu-

nen. Dette er på linje med hva som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Forslaget er i realiteten en videreføring av gjeldende praksis, hvor pasienter har kunnet fremsette klage både etter reglene i tannhelsetjenesteloven og etter de mer gunstige reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Forslaget betyr at klageadgangen fortsatt vil være forbeholdt bestemte persongrupper som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp.

PASIENT- OG BRUKEROMBUD

Departementet foreslår at tannhelsetjenester som hører under kommunens ansvar bør omfattes av pasient- og brukerombudsordningen på linje med andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslaget innebærer en utvidelse av eksisterende ombudsordning, men vil ikke i seg selv medføre behov for lovendringer.

9.1.19 Gjennomføring av oppgaveoverføringen til kommunene

Oppgaveoverføringen innebærer en overføring av myndighet samt ressurser i form av økonomiske midler og ansatte fra fylkeskommunene til kommunene. Departementet legger vekt på at utgangspunktet for det økonomiske oppgjøret ved oppgaveoverføringen må være at kommunene etter overføringen skal være i stand til å utføre sine nye oppgaver på en forsvarlig måte. På samme måte skal fylkeskommunene fortsatt kunne utføre sine øvrige oppgaver på en tilfredsstillende måte. Virksomhetsoverdragelsen innebærer blant annet at det må skje et økonomisk oppgjør mellom staten og henholdsvis fylkeskommunene og kommunene.

VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE OG FORHOLDET TIL DE ANSATTE

En konsekvens av oppgaveendringer for kommunene og fylkeskommunene kan være tilpasning til nye organisasjonsformer. I oppgaveoverføringsfasen vil det bli lagt opp til at endringene og omstillingene skal gjennomføres så smidig som mulig. Oppgaveoverføringen forutsetter god håndtering av de ansatte og dialog med de tillitsvalgte.

Utover dette finner ikke departementet grunn til å gå nærmere inn på forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Slike forhold må finne sin løsning gjennom forhandlinger og samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunen i tråd med arbeidslivets tradisjoner og med bistand fra KS – Kommunesektorens organisasjon.

VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE OG FORHOLDET TIL VIRKSOMHETEN MV.

Departementet foreslår å ta inn en overgangsbestemmelse i lovvedtakets del IV nr. 2 som slår fast at fra det tidspunkt lovendringene trer i kraft, får kommunen rett og plikt til å overta alle formuerettslige posisjoner (eiendomsrett til formuesgjenstander og avtalerettslige posisjoner) knyttet til virksomhetene. Videre foreslås det å presisere at virksomhetsoverføringen skjer som en direkte følge av at sektoransvaret for tannhelsetjenester legges til kommunen.

Departementet legger til grunn at fylkeskommunen ikke vil ha krav på økonomisk kompensasjon fra staten for de alternative formuesverdier som ligger i tannklinikken og de regionale odontologiske kompetansesentrene i forbindelse med virksomhetsoverføringen, beregnet på grunnlag av et antatt salg. Dette gjelder bare under forutsetning av at kommunen samtidig overtar den andel av fylkeskommunens gjeld som er tilknyttet virksomheten, for eksempel lån knyttet til utbygging av tannklinikker.

Departementet foreslår at det i forslaget til overgangsbestemmelser i lovvedtakets del IV nr. 2 tas inn en bestemmelse i første avsnitt om at kommunen skal overta virksomhetene uten at fylkeskommunene får vederlag for den alternative verdien av formuesposisjonene.

Oppgaveoverføringen innebærer at det samlede sektoransvaret for å sørge for, finansiere og organisere tannhelsetjenester på vegne av det offentlige forankres i kommunen.

Departementet foreslår at det i forslaget til overgangsbestemmelser i lovvedtakets del IV nr. 2 tas inn en bestemmelse om at det skal foretas en samlet overdragelse av de rettigheter og plikter som er knyttet til kjernevirksomheten (produksjonsapparatet) fra samme tidspunkt som kommunen pålegges sektoransvaret for tannhelsetjenester. Forslaget er begrenset til å omfatte overtakelse av eierskapet til offentlig (fylkeskommunal) virksomhet. Det vil si at kommunen ikke overtar tannhelsevirksomhet som er i privat eie.

Departementet foreslår å lovfeste at eiendomsretten i utgangspunktet skal overføres til den kommunen hvor den aktuelle virksomheten er lokalisert. Departementet foreslår samtidig at den enkelte kommune kan inngå avtaler med fylkeskommunen eller andre kommuner om en annen løsning på eierforholdet.

Overtakelse av fylkeskommunens avtalerettslige posisjoner

Departementet foreslår å lovfeste kommunens rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunens løpende avtaler. Det foreslås å ta inn en bestemmelse i lovvedtakets del IV nr. 2 om at kommunen skal ha en generell rett og plikt både overfor fylkeskommunen og

overfor tredjemann (kreditorer mv.) til å tre inn i fylkeskommunens posisjon i avtaleforholdet. En slik bestemmelse gir nødvendig rettslig grunnlag for at det ikke bare er realkapital og formuesgjenstander som skal overdras, men også avtalerettslige posisjoner.

Departementet foreslår å ta inn en bestemmelse i lovvedtakets del IV nr. 2 om at kommunene overtar eventuell gjeld med befriende virkning for fylkeskommunen, og at kreditorer og andre fordringshavere ikke kan motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at den utgjør en bortfallsgrunn for det underliggende rettsforhold.

9.1.20 Økonomiske og administrative konsekvenser

Selv om mange av pliktene som fylkeskommunen i dag er pålagt videreføres innholdsmessig, kan virkningen av å pålegge kommunene tilsvarende plikter slå ulikt ut siden kommunene utgjør mindre forvaltningsenheter både administrativt og geografisk enn fylkene. Etter 1. januar 2020 vil fortsatt størrelsen på kommunene variere betydelig. Det lar seg derfor ikke gjøre å lage et systematisk skille mellom hva som er økonomiske og administrative konsekvenser av selve ansvarsoverføringen og hva som er konsekvenser av lovmodellen og de konkrete lovforslagene.

I proposisjonen gjør departementet rede for de områdene der forslagene vil kunne føre til merarbeid for kommunene, og hvordan mulige økonomiske konsekvenser av forslagene vil bli fulgt opp i videre prosesser.

9.2 Komiteens merknader

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at bakgrunnen for regjeringens forslag om å overføre ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen ble omtalt i Oppgavemeldingen. I meldingen viser regjeringen til at tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder, og at det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere allmenntannhelsetjenester med det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid og med helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Regjeringen viser til at integrering av allmenntannhelsetjenester med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene vil gi bedre muligheter til å ivareta det samlede tjenestebehovet, spesielt overfor dem med særskilte og store hjelpebehov. Disse medlemmer merker seg at forslaget innebærer at en overføring av den kommunale tannhelsetjenesten til større kommuner vil innebære at kommunene overtar driften av de offentlige tannklinikkerne som fylkeskommunene har etablert, og at det vil være opp

til den enkelte kommune å avgjøre i hvilken grad den vil opprettholde eller endre klinikkstrukturen. Disse medlemmer merker seg videre at forslaget innebærer at også ansvaret for spesialisttannhelsetjenester overføres. I Oppgavemeldingen fremgår det at hovedbegrunnelsen for dette er at tannlegespesialistene i hovedsak samarbeider med allmenntannlegene, både i form av opplæring, råd og veiledning, fagutvikling og klinisk forskning. I tillegg hospiterer allmennpraktikere også på klinikker/kompetansesentre med tannlegespesialister. Det fremgår videre at regjeringens vurdering er at personer med omfattende og sammensatte tannbehandlingsbehov vil være best tjent med at det samlede tannhelsetjenestetilbudet er samlet på ett forvaltningsnivå. Disse medlemmer noterer seg at et flertall på Stortinget sluttet seg til regjeringens forslag om å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til større og mer robuste kommuner. I Innst. 333 S (2014–2015) fremgår det følgende:

«Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at ansvaret for tannhelsetjenesten bør overføres til kommunene. Kommunene står fritt til å organisere ansvaret enten i egen regi, samarbeid med private/ideelle eller samarbeid med andre kommuner. Regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i spesialisttannhelsetjenesten.»

Disse medlemmer viser til at lovproposisjonen bygger på Oppgavemeldingen hvor det fremgår at det skal utredes nærmere hvordan implementering skal skje, og at det er Stortinget som ved behandling av denne lovproposisjonen skal ta endelig stilling til hvilket forvaltningsnivå som i fremtiden skal ivareta det offentlige ansvar for tannhelsetjenester. Disse medlemmer peker på at det er avgitt om lag 200 høringsuttalelser til høringsnotatet om oppfølging av forslagene i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen, og av disse har om lag 130 uttalt seg om forslagene knyttet til overføring av ansvaret for tannhelsetjenester. Disse medlemmer merker seg at et flertall av disse høringsinstansene går imot å overføre det offentlige ansvar for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen. Blant disse er KS, Den Norske Tannlegeforening, Legeforeningen, Helsedirektoratet, Akademikerne, Fagforbundet og det Odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo. Disse medlemmer noterer seg at motstanden begrunnes til dels med at dagens tjenester ivaretas på en svært god måte av fylkeskommunene, og at de av den grunn er bekymret for konsekvensene av oppgaveoverføringen. Det påpekes av flere en bekymring for at overføring av ansvaret til kommunene vil medføre fragmentering og forvitring av etablerte kompetansemiljøer. Flere høringsinstanser viser også til at man selv etter kommunereformen vil ha en sit-

uasjon med mange små kommuner i Norge, og at disse ikke vil kunne overta ansvaret for tannhelsetjenesten alene. Det vil derfor være behov for et omfattende interkommunalt samarbeid, noe som vil være i strid med en av kommunereformens uttalte målsetninger. Disse medlemmer viser videre til at et mindretall av høringsinstansene er positive til å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene. Om lag 20 kommuner støtter forslaget, og da i hovedsak større kommuner som mener de vil klare å overta oppgaven. Disse høringsinstansene peker på at tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder, og at det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere denne tjenesten sammen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vises også til at det kan bidra til bedre sammenheng i tjenestene, sett i lys av at de voksne som har rett til tannhelsehjelp, i stor grad er pasienter og brukere av kommunale tjenester. Disse medlemmer merker seg videre at mange som i utgangspunktet er positive til overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, ikke ønsker at kommunene skal overta den delen av ansvaret som omhandler spesialisthelsetjenester. Det vises til at kommunene er for små til å kunne ivareta ansvaret for spesialisttjenestene, og flere etterlyser en grundigere utredning av fremtidig forankring av det offentlige ansvaret for odontologiske spesialisttjenester, og mener man bør avvente en slik utredning før man presenterer et samlet forslag for Stortinget. Noen tar også til orde for at den delen av fylkeskommunenes ansvar som gjelder odontologiske spesialisthelsetjenester, overføres til staten ved de regionale helseforetakene. Felles er en bekymring for at de seks regionale odontologiske kompetansesentrene mister sin regionale forankring. Disse medlemmer merker seg at regjeringens vurdering er at en løsning hvor deler av ansvaret forankres hos de regionale helseforetakene eller på et nytt regionalt nivå, vil medføre en uheldig oppsplitting av det offentlige ansvar for tannhelsetjenester på henholdsvis statlig og kommunalt nivå. Regjeringen viser til at dette vil være en særlig ulempe for personer som har omfattende og sammensatte behov for tannhelsetjenester. Det vises videre til at det vil være krevende å få til en grense mellom allmennhelsetjenester og spesialisthelsetjenester, som igjen kan føre til tvil om hvilket regelverk som skal gjelde og hvilket forvaltningsnivå som er ansvarlig i ulike situasjoner. Disse medlemmer merker seg videre at regjeringen peker på at en sentral forutsetning for regjeringens forslag i Oppgavemeldingen er at det blir færre, men større og sterkere kommuner som vil være i stand til å utføre nye oppgaver. Regjeringen peker på utfordringen med at det fortsatt er mange små kommuner uten egen tannklinikk og områder med ingen eller få private ytere av tannhelsetjenester, og legger til

grunn at et interkommunalt samarbeid vil være en måte å løse disse utfordringene på. Disse medlemmer viser videre til at regjeringen i proposisjonen problematiserer at det ut fra en kommunestruktur tilnærmet dagens, er en utfordring hvordan små kommuner skal oppfylle sitt ansvar for å sørge for at odontologiske spesialisthelsetjenester er tilgjengelig. Regjeringen legger videre til grunn at kommunene har frihet til å organisere tjenesteytingen slik de selv finner det hensiktsmessig ut fra lokale forhold, men peker på at det kan være særlige hensyn som taler for at staten bør kunne pålegge kommuner å samarbeide i tilfeller der det er stor fare for at den enkelte kommune ikke vil være i stand til å oppfylle sine lovpålagte plikter. Disse medlemmer støtter at det settes i gang et arbeid med en generell påleggshjemmel, hvor det også vurderes om det med hjemmel i en slik bestemmelse skal kunne gis pålegg om interkommunalt samarbeid i forkant av oppgaveføring der det er påvist risiko for at svikt vil kunne skje, og hvor konsekvensene av svikt vil kunne være alvorlig. Disse medlemmer støtter videre at det settes i gang en utredning av finansiering av spesialisttannhelsetjenester med siktemål om at kommunene overtar finansieringsansvaret først etter en overgangsperiode.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at forslaget fra regjeringen la opp til at det offentlige tannhelsetjenesteansvaret skal overføres til kommunene. Slik flertallet vurderer det, kan flere argumenter anføres for å først iverksette en frivillig prøveordning for de kommuner som ønsker å få overført ansvaret for de offentlige tannhelsetjenestene tidligst fra 1. januar 2020.

På denne måten vil kommuner, fylkeskommuner og regioner få bedre tid til å forberede seg på en eventuell oppgaveoverføring.

Flertallet viser også til at kommunereformen så langt har medført gjensidige vedtak om en lang rekke kommunesammenslåinger, samtidig som en rekke kommuner er i dialog om fremtidige sammenslåinger. Denne prosessen vil trolig fortsette i tiden som kommer slik at det i 2023 vil ha funnet sted enda flere kommunesammenslåinger enn hva som vil være tilfellet i 2020.

Flertallet viser videre til at regionreformen vil tre i kraft fra 2020.

Flertallet ønsker videre å be regjeringen om å starte et arbeid med å bygge opp tannpleiekompetanse i kommunene, og viser til omtale av dette senere i denne innstillingen. En prøveordning vil gi ytterligere tid til å bygge opp slik kompetanse.

Som nevnt mener flertallet denne oppgaveoverføringen eventuelt først skal skje etter en prøveordning fra 2023. Flertallet mener imidlertid at det bør etableres en mekanisme som på nærmere vilkår åpner for at kommuner som ønsker det kan få overført ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra tidligst 1. januar 2020.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet registrerer at regjeringspartiene vil etablere «mekanismer» som på nærmere vilkår åpner for at noen kommuner kan få ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten før andre. Disse medlemmer mener det er oppsiktsvekkende at det legges opp til at en så stor helsereform skal innføres på en slik tilfeldig og usystematisk måte. Dette vil gjøre det svært uforutsigbart for den offentlige tannhelsetjenesten, og en slik tilfeldig overføring av ansvar er ikke redegjort for i proposisjonen fra regjeringen.

Disse medlemmer mener det er fare for at regjeringen med prøveordningen de nå innfører og uvissheten om hvor ansvaret skal ligge i 2023, svekker kvalitets- og pasientsikkerheten i folkets tannhelsetjeneste.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at flere kommuner i høringen har signalisert et ønske om å overta tannhelsetjenesteansvaret fra 2020 som da var foreslått overføringstidspunkt. En slik prøveordning som flertallet foreslår, åpner for at om lag 15 kommuner nå kan få overta ansvaret fra dette tidspunktet.

Flertallet legger til grunn at slik oppgaveoverføring skal baseres på frivillighet fra kommunens side. Der hvor en fylkeskommunal tannhelseklinikk omfatter flere kommuner, må disse kommunene som hovedregel stå samlet om en slik oppgaveoverføring. Samtidig mener flertallet det bør åpnes for unntak i de situasjonene hvor enkelte kommuner ikke ønsker å delta i prøveordningen, forutsatt at disse kan overføres til en annen fylkeskommunal/regional tannhelseklinikk. Fylkeskommunen/regionen vil ikke kunne motsette seg at kommuner ønsker å overta ansvaret for tannhelsetjenesten.

Flertallet legger til grunn at kommuner som ønsker å overta ansvaret fra og med 2020, må innlede en prosess mot departementet og fylkeskommunen på et så tidlig tidspunkt at det vil være tid til å utrede og gjennomføre det rettslige, praktiske og økonomiske knyttet til oppgaveoverføringen. Flertallet viser her til at det i lovvedtaket foreslås å gi Kongen fullmakt til å fastsette nødvendige bestemmelser for å regulere og avklare overføringen.

Flertallet vil presisere at en slik ordning med frivillig oppgaveoverføring til kommunene fra og med 1. januar 2020 betyr en formell oppgaveoverføring fra aktuelle fylkeskommuner til de kommuner som ønsker dette. Flertallet vil videre presisere at det i disse situasjonene skal skje en fullstendig oppgaveoverføring. Det skal med andre ord ikke skje en delt overføring i form av at fylkeskommunen/regionen beholder sørge-for-ansvaret for tannhelsetjenesten, mens aktuelle kommuner kun får et driftsansvar for eksisterende tannklinikker og regionale odontologiske kompetansesentre. Endelig vil flertallet presisere at slik oppgaveoverføring skal omfatte både spesialisttannhelsetjenesten og allmenn-tannhelsetjenesten. Det skal med andre ord ikke åpnes for en delvis oppgaveoverføring som bare gjelder allmenntannhelsetjenesten.

Flertallet ber om at det i tråd med dette åpnes for frivillige kommunale forsøk, for om lag 15 kommuner, med tannhelsetjenester i 2020 med følgeevaluering frem mot 2023. Basert på erfaringene fra forsøkene og endringer i kommunestruktur etter 2020 kan en videre utvidelse til flere kommuner tidligst skje etter 2023. Frem til det er tatt en ny beslutning, videreføres det regionale ansvaret for tannhelsetjenesten, unntatt for kommuner som er i prøveordningen. Flertallet ber regjeringen vurdere behovet for økonomiske incentiver, slik at flere kommuner vil søke om å overta tannhelsetjenesten i prøveordningen.

Flertallet fremmer dermed følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for en prøveordning som innebærer at kommuner som ønsker det, etter søknad kan få tillatelse til å overta ansvaret for tannhelsetjenesten fra 2020.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for at prøveordningen som starter i 2020, i de kommunene som ønsker å overta tannhelsetjenesten, følgeevalueres frem til 2023. Basert på erfaringene i prøvetiden og endringer i kommunestruktur etter 2020 kan en videre utvidelse til flere kommuner tidligst skje etter 2023.»

«Stortinget ber regjeringen vurdere behovet for økonomiske incentiver for kommuner som ønsker å overta tannhelsetjenesten.»

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med egen sak som vurderer overføring av den samlede tannhelsetjenesten basert på erfaringene fra prøveordningen som kan gi grunnlag for beslutning om overføring fra 2023.»

Flertallet ber regjeringen etablere ordninger som stimulerer til at kommunene som er med i prø-

veordningen, også prøver ut nye modeller med helsevakt, hvor blant annet lege, tannlege og psykolog kan inngå, slik at en får et mer helhetlig helsetjenestetilbud i kommunene utenom vanlig åpningstid. Barnevernsvakt og alarmsentraler må gjerne også være en del av dette. Det forutsettes at private og kommunale tjenesteytere gis mulighet til å delta i slike modeller på like vilkår.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet merker seg at regjeringspartiene og samarbeidspartiene vil utrede en modell for helsevakt som skal sikre beredskap utenom vanlig åpningstid. Disse medlemmer mener det er oppsiktsvekkende at en helt ny modell for beredskap for helsetjenester, barnevernstjenester osv. slik blandes sammen med en prøveordning for kommuner som vil overta tannhelseansvaret. Disse medlemmer vil også påpeke at en prøveordning der flere og helst store kommuner får overført tannhelsetjenesteansvar, vil kunne svekke fylkeskommunens fagmiljø og helhetlige ansvar for tannhelsetjenesten og dermed utarme tilbudet til befolkningen i resterende kommuner. Disse medlemmer merker seg også at i slike helsevakter skal offentlige og private delta på like vilkår, og at dette kan legge til rette for ytterligere privatisering i helse-tjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, foreslår som nevnt å lovfeste at kommunene må ha knyttet til seg tannlege og tannpleier først fra det tidspunkt ansvaret samlet sett overføres til kommunene. Dette vil i henhold til forslaget være tidligst etter 2023, og da etter det er gjennomført en prøveordning og etter at regjeringen har kommet tilbake til Stortinget med en egen sak som vurderer overføring av den samlede tannhelse-tjenesten. Flertallet mener imidlertid at regjeringen før dette tidspunktet bør starte et arbeid med å bygge opp tannpleierkompetanse i kommunene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener at tannpleierkompetansen må styrkes og være en del av det helhetlige tannhelsefagmiljøet i fylkeskommunen.

Komiteen viser til at av tannhelsepersonellgruppene har tannpleiere særskilt kompetanse innen folkehelsearbeid, og innen forebyggende arbeid på individ- og gruppenivå. Fylkeskommunalt ansatte tannpleiere samarbeider allerede i dag med kommunalt ansatt personell i det lokale folkehelsearbeid, hvor tannhelse og øvrig helse sees i sammenheng.

Slik komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, vurderer det, må en styrking av det helhetlige folkehelsearbeid i kommunene, og særskilt av den helsefremmende og forebyggende tannhelseinnsatsen, innebære at det satses på økning av tannpleierkompetansen i kommunene.

Flertallet viser til at det er viktig at tannpleiere involveres tidlig sammen med annet kommunalt personell overfor personer som kommer i en livssituasjon hvor det er nødvendig å vurdere behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og i oppfølgingen av disse. Overfor personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og personer som oppholder seg på sykehjem, vil tannpleierens innsats ha stor betydning når det gjelder munnstell og andre forebyggende tiltak slik at brukerne opprettholder god tannhelse. God tannhelse og funksjonelt tannsett er avgjørende for å kunne opprettholde og nyttiggjøre seg av riktig kosthold, god ernæring og sosial glede ved gode måltider.

Flertallet er kjent med at Hedmark fylkeskommune og Hamar kommune har startet et samarbeid med ansettelse av tannpleier i Hamar kommune. Målgruppen er brukere av hjemmebaserte tjenester i deler av Hamar kommune, og de kommunalt ansatte i samme hjemmetjeneste. Formålet er å etablere en modell for god samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet og tannhelse-tjenesten.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at betydningen av god tannhelse og et funksjonelt tannsett er viktige elementer i regjeringens arbeid med den kommende eldrefor reformen «Leve hele livet».

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, fremmer dermed følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen starte arbeidet med å bygge opp tannpleierkompetanse i kommunene. Slik oppbygging av tannpleierkompetanse i kommunene vil ha økonomiske og administrative konsekvenser som regjeringen vil måtte komme tilbake til i budsjettsammenheng.»

Flertallet viser til sine merknader og verbalfor-slag i denne innstillingen. Som en følge av dette er det behov for å gjøre endringer i lovvedtaket i forhold til proposisjonen.

Flertallet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I

1. I lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten skal ny § 1-3c lyde:

§ 1-3c Fylkeskommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Fylkeskommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Fylkeskommunen skal legge til rette for at den offentlige tannhelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

2. I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd skal § 5–8 tredje ledd første og andre punktum oppheves.

3. I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

Ny § 2-1f skal lyde:

§ 2-1f De regionale helseforetakenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

De regionale helseforetakene skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at spesialisthelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

§ 2-5c første til tredje ledd skal lyde:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Kontaktleger skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten.

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal peke ut kontaktleger for pasienten så snart som mulig etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktleger, senest første virkedag etter innleggelse eller poliklinisk undersøkelse. Pasienten skal så snart som mulig få vite hvem som er hans eller hennes kontaktleger, og skal orienteres om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kontaktleger har.

Kontaktleger skal være pasientens faste medisinskfaglige kontakt. For å sikre kontinuitet i pasientforløpet skal *helseinstitusjon som omfattes av denne loven* vurdere om kontaktleger også skal være informasjonsansvarlig etter helsepersonelloven § 10 og journalansvarlig etter helsepersonelloven § 39.

4. I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. gjøres følgende endringer:

§ 1-1 nr. 5 skal lyde:

5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, *sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende*, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,

§ 3-2 første ledd nr. 3 skal lyde:

3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

- legevakt,
- heldøgns medisinsk *akuttberedskap*,
- medisinsk nødmeldetjeneste, og
- psykososial beredskap og oppfølging*.

§ 3-2 andre ledd nytt første punktum skal lyde:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg leger, sykepleiere, fysioterapeut, jordmor og helsesøster.

Nåværende første punktum blir andre punktum.

Ny § 3-3 a skal lyde:

§ 3-3 a Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Ny § 5-11 skal lyde:

§ 5-11 Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Personell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

II

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester skal § 3-2 andre ledd første punktum skal lyde:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg leger, sykepleiere, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, *ergoterapeut og psykolog*.

III

1. I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 1-3 bokstav d skal lyde:

d. helse- og omsorgstjenesten: den kommunale helse- og omsorgstjenesten, *spesialisthelsetjenesten* og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester.

§ 2-1 a nytt tredje ledd skal lyde:

Rettigheter etter første og andre ledd omfatter ikke tannhelsetjenester, jf. § 2-1 f.

Nåværende tredje til femte ledd blir fjerde til sjette ledd.

Ny § 2-1 f skal lyde:

§ 2-1 f Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste

Pasient og bruker som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b, har rett til nødvendig tannhelsehjelp. Kommunen skal gi den som søker eller trenger tannhelsetjenester, de helse- og behandlingssmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

§ 6-1 første ledd skal lyde:

Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll, *herunder tannhelsekontroll*, i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

§ 7-4 første ledd første punktum skal lyde:

Pasienten, brukeren, eller andre som har rett til det, kan be tilsynsmyndigheten om en vurdering dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og *helse- og omsorgstjenesteloven* er brutt til ulempe for seg eller den hun eller han opptrer på vegne av.

2. I lov 19. juni 2009 nr. 58 om merverdiavgift gjøres følgende endringer:

§ 3-2 første ledd bokstav a skal lyde:

a. omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, *samt tanntekniske tjenester*.

§ 3-2 første ledd bokstav b oppheves.

Nåværende bokstav c, d og e blir ny bokstav b, c og d.

3. I lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid skal § 21 første ledd bokstav b lyde:

b) relevant kunnskap fra *kommunene og fra fylkeskommunens* virksomhet med betydning for folkehelsen.

4. I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. gjøres følgende endringer:

§ 1-2 første ledd skal lyde:

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

§ 3-1 første ledd nytt andre punktum skal lyde:

Kommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, er tilgjengelige for personer som oppholder seg i kommunen.

§ 3-2 første ledd nytt nr. 7 skal lyde:

7. Tannhelsetjenester, herunder til pasient- og brukergrupper som nevnt i § 3-2 b.

§ 3-2 andre ledd første punktum skal lyde:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, ergoterapeut, psykolog, *tannpleier og tannlege*.

Ny § 3-2 b skal lyde:

§ 3-2 b Kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte pasient- og brukergrupper

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til:

1. Barn og ungdom til og med det året de fyller 20 år
2. Personer med psykisk utviklingshemming
3. Personer som oppholder seg i helseinstitusjon, herunder institusjon i spesialisthelsetjenesten
4. Personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie
5. Personer som på grunn av rusavhengighet mottar ett av følgende tilbud:

a. tjenester som nevnt i § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b til c

b. legemiddelassistert rehabilitering

c. annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet

6. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, jf. § 3-9.

Kommunen kan i tillegg gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til andre pasient- og brukergrupper enn de som fremgår av første ledd.

Kommunen kan yte tannhelsetjenester til voksne mot betaling etter nærmere bestemmelser fastsatt av kommunen. Departementet kan gi forskrift om at kommunen skal sørge for å tilby slike tjenester i områder av kommunen der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og om pliktens varighet og geografiske omfang.

§ 3-4 nytt andre ledd skal lyde:

Kommunen har ansvar for å samordne kommunal og privat tannhelsevirksomhet.

Nåværende andre ledd blir tredje ledd.

§ 11-1 tredje ledd nytt andre punktum skal lyde:

Dersom pasientens utgifter til tannhelsetjenester helt eller delvis skal dekkes av kommunen, må den privatpraktiserende ha avtale med kommunen.

§ 11-1 nytt fjerde ledd skal lyde:

Kommunen skal dekke utgifter til reise for pasienter som får tilbud om tannhelsetjenester etter § 3-2 b. Kommunen skal gi forskrift med nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

Nåværende fjerde til sjette ledd blir femte til syvende ledd.

Ny § 11-6 skal lyde:

§ 11-6 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. for tannhelsetjenester

Departementet kan gi forskrift om krav til føring av atskilte regnskaper, krav til fordeling av inntekter og utgifter, regulering av overskudd, kontrollsystemer, informasjon og andre krav som er nødvendige for å unngå krysssubsidiert mellom tannhelsetjenester som kommunen tilbyr i områder av kommunen der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og tjenester som tilbys i konkurranse med private tjenesteytere.

5. I lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp skal § 14 første ledd lyde:

Virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av apotekloven, folkehelsesloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven og *spesialisthelsetjenesteloven*, plikter uten hinder av taushetsplikt å registrere eller melde opplysninger som bestemt i forskrifter etter §§ 11 til 13.

6. I lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger gjøres følgende endringer:

§ 8 tredje ledd skal lyde:

Registrene skal ivareta oppgaver etter apotekloven, folkehelsesloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven og *spesialisthelsetjenesteloven*.

§ 13 første ledd skal lyde:

Virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av apotekloven, folkehelsesloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven og *spesialisthelsetjenesteloven* plikter å melde opplysninger som bestemt i for-

skrifter etter §§ 8 til 12. Innmelding til registre etter §§ 9 bokstav b, 10, 11 og 12 kan skje uten hinder av taushetsplikt.

IV

Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten oppheves.

V

1. Loven gjelder fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene i loven til forskjellig tid.
2. *Kongen kan sette i kraft del III og IV til ulik tid for ulike deler av riket. Kongen kan gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av slik delt ikraftsetting.*
3. Fra og med ikraftsetting av lovendringer i del III har den kommune hvor virksomheten er lokalisert rett og plikt til å overta alle formuesposisjoner som er knyttet til virksomheter innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, herunder offentlige tannklinikker og regionale odontologiske kompetansesentre. Overtakelsen skal omfatte alle eiendeler, rettigheter og plikter som er knyttet til virksomhetene. Overføringen gjennomføres med kontinuitet i rettighets- og forpliktelsesposisjoner. Overdragelsen skjer vederlagsfritt.

Kommunen trer inn i og overtar fylkeskommunens rettigheter og plikter etter avtaler som foreligger ved endringslovens ikraftsetting mellom fylkeskommunen og private tannleger etter tannhelsetjenesteloven § 4-2, jf. § 5-1.

Dersom det i forbindelse med overføringen av rettigheter og plikter til kommunen overføres gjeld eller andre forpliktelser knyttet til virksomhetene, er det frigjørende for fylkeskommunen. Kreditor og andre rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen, eller gjøre gjeldende at den utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet.

Kommunen kan uten hinder av ovennevnte bestemmelser avtale med andre kommuner eller fylkeskommunen at disse helt eller delvis skal ha eiendomsrett til virksomheten.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener at hele prosessen som nå kulminerer med at regjeringspartiene og samarbeidspartiene utsetter regjeringens egen tannhelsetjenestereform, har vært svært uryddig og lite gjennomtenkt. Det er kritikkverdig at regjeringen ikke tidligere tok til etterretning den massive motstanden forslaget fikk i høringsrunden. Disse medlemmer mener også det kan stilles spørsmål ved frivilligheten i ordningen dersom flere kommuner i et

fylke går ut av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i prøveordningen, eventuelt på bakgrunn av økonomiske incentiver. Disse medlemmer mener dette underbygger det flere høringsinstanser påpekte fra første stund: at regjeringens ønske om å fjerne tannhelsetjenesteansvaret fra regionalt nivå ikke er svar på et behov i befolkningen knyttet til tannhelsetjenester, men ideologisk begrunnet i regjeringens iver etter kommunesammenslåing.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at dagens norske tannhelsemodell har gitt gode resultater i form av bedre tannhelse i befolkningen, økt fokus på forebygging, et godt desentralisert tilbud og styrking av forskning og kompetanse. Samtidig er tannhelsetjenesten en av de tjenestene befolkningen er mest fornøyd med. Suksessen bygger på kompetent tannhelsefaglig ledelse, store nok faglige enheter, høy kompetanse, bred erfaring og forutsigbar finansiering. Det er også god samhandling med kommunehelsetilbudet. Disse medlemmer ser ingen grunn til å endre en ordning som har dokumentert at den fungerer, og støtter derfor ikke de foreslåtte endringene som medfører at ansvaret for tannhelsetjenesten overføres til kommunene.

Disse medlemmer viser til at dagens modell ble innført i 1984. Målet med omleggingen var bedre styring og samordning av ressursene. Før 1984 hadde tannhelsetjenesten vært preget av små, sårbare enmannsklinikker med lite eller ikke noe fagmiljø, store kommunale forskjeller samt en krevende rekrutteringssituasjon. Omleggingen ble evaluert av regjeringen Bondevik i 2005 og beskrev en vellykket endring. Evalueringen viste at den offentlige tannhelsetjenesten var blitt mer tilgjengelig, flere fikk et godt tilbud, det ble lettere å rekruttere, fagligheten ble styrket og tjenesten ble mer kostnadseffektiv. Disse medlemmer mener at regjeringens forslag vil føre oss tilbake til det som var utgangspunktet for endringene i 1984.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet merker seg at av 130 høringsinstanser som har uttalt seg om overføring av tannhelsetjenesten, er kun 20 kommuner positive. Det store flertallet er mot en slik overføring. Disse medlemmer mener det er oppsiktsvekkende at regjeringen likevel velger å foreslå en slik overføring, som hverken kan basere seg på tungtveiende faglige eller organisatoriske argumenter, og heller ikke har argumenter knyttet til forbedringer for pasienter eller ansatte.

Disse medlemmer merker seg at departementet har pekt på et behov for å modernisere og har-

monisere innholdet i tannhelselovgivningen med øvrig helselovgivning. Disse medlemmer støtter en gjennomgang og oppdatering av lovverket, men mener dette bør gjøres med utgangspunkt i at tannhelsetjenestene skal være et fylkeskommunalt ansvar, og at dagens organisering opprettholdes. En lovrevisjon må ha som mål å gjøre tannhelsetjenesten bedre integrert med den øvrige helsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at ingen andre nordiske land har det slik som i Norge med helsetjenester organisert på tre nivåer, hvor tannhelsetjenesten alene er organisert på et mellomnivå. Disse medlemmer mener overføringen av tannhelsetjenesten til kommunen vil gi innbyggerne bedre og mer koordinerte tjenester. Det åpner opp for mer samarbeid, blant annet viser disse medlemmer til at tannhelsetjenesten får samme arbeidsgiver som andre kommunale tjenester. Da blir det mye kortere vei til sykehjemmene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I tillegg vil tannhelsetjenesten nå bli en integrert del av det generelle folkehelsearbeidet i kommunen. Det vil gjøre det enklere og gi innbyggerne hjelp lokalt og på et tidlig tidspunkt. Disse medlemmer viser til at kombinasjonen av at vi lever lenger og store fødselskull, spesielt etter andre verdenskrig, medfører at vi får en større andel eldre de kommende årene. I 2050 vil det være dobbelt så mange eldre som barn og unge. Det forventes derfor at de samlede ressursene som benyttes til tannhelsehjelp blant eldre, vil øke. Til tross for generelt bedret tannstatus, vil disse medlemmer påpeke at det overfor enkelte grupper av barn og unge vil være et særskilt behov for forebyggende tannhelsearbeid og for avansert behandling som krever spesialistkompetanse. Undersøkelser viser at enkelte grupper av innvandrerbarn har større forekomst av tannsykdom (karies) enn etnisk norske barn. Disse medlemmer mener derfor det vil være en økning av personer som vil trenge tannhelsetjenester i tiden fremover, og først og fremst hos personer som i dag mottar andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse medlemmer mener det vil være en klar fordel om helsetjenestene til disse personene blir sett i en helhet og i sammenheng. Disse medlemmer vil videre påpeke at overføringen skal gjennomføres av hensyn til pasienter som har rett på gratis tannpleie. Mange av disse, eksempelvis beboere på sykehjem, får ikke innfridd sin rett i dag. Disse medlemmer antar at en vesentlig årsak er at ansvaret for helsetjenesten er delt på to nivåer, kommune og fylkeskommune.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at det også innenfor de fylkeskommunale tannhelsetjenestene noen steder har foregått en sen-

tralisering som gjør at befolkningen får lang reisevei til tannhelsetjenester. Dette medlem vil understreke at tannhelsetjenesten for barn og ungdom opp til 18 år og 21 år, for utsatte grupper og for eldre, både skal være kvalitativ god og tilgjengelig. Dette medlem er derfor kritisk til en trend mot større klinikker på færre plasser. Det er for gruppene som benytter tannhelsetjenestene særlig viktig med nærhet til tilbudet, og det er også samfunnsøkonomisk mest lønnsomt.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil videreutvikle den offentlige tannhelsetjenesten under fylkeskommunalt eierskap og mener det er oppsiktsvekkende at regjeringen er imot rådene fra tilnærmet samtlige høringsinstanser. Et samlet fagmiljø foreslår å overføre dette ansvaret til kommunene.

Disse medlemmer viser til at spørsmålet om ansvaret for tannhelsetjenester skal overføres til kommunene ikke var gjenstand for høring; her viste regjeringen til Oppgavemeldingen. Høringsinstansene har likevel i liten grad kommentert selve lovforlaget og svart på om de mener tannhelsetjenesten skal overføres til kommunene. Mostanden mot dette siste er stor. Det er avgitt 200 høringsuttalelser. 130 har uttalt seg om forslagene knyttet til overføring av ansvaret for tannhelsetjenester. Om lag 90 pst. av disse går imot dette. Disse medlemmer merker seg at høringsinstansene peker på en rekke svakheter ved regjeringens forslag og svært mange ubesvarte spørsmål. Disse medlemmer viser til Den norske Tannlegeforening, som skriver:

«Forslaget synes primært å ha sin bakgrunn i målet om at kommunene skal få tilført flere nye oppgaver som ledd i kommunereformen. Det foreligger ingen faglig begrunnelse for å flytte ansvaret for Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) til kommunene. Tvert imot har tidligere utredninger konkludert med at DOT må ligge på et regionalt nivå. Det er heller ikke fremlagt argumentasjon eller dokumentasjon som viser til et behov for endring, verken fra pasient- og brukerorganisasjoner, kommuner og fylkeskommuner eller fra tjenesten selv.»

Disse medlemmer mener det er sterkt krittikkverdigg at regjeringen igangsetter reformer kun på ideologisk grunnlag og ikke på grunnlag av fagpolitiske vurderinger og befolkningens behov for helse-tjenester.

10. Forslag fra mindretall

Forslag fra Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen om på egnet vis å informere Stortinget årlig om måloppnåelse for og utviklingen av kontaktleageordningen.

11. Komiteens tilråding

Komiteens tilråding bokstav A. romertall I fremmes av en samlet komité, med unntak av § 3-2 andre ledd nytt første punktum som fremmes av komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Romertall II–V fremmes av komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Komiteens tilråding bokstav B. romertall I–V fremmes av komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Komiteen viser til proposisjonen og til sine merknader og råder Stortinget til å gjøre følgende

A.

vedtak til lov

om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenestansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

I

1. I lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten skal ny § 1-3c lyde:

§ 1-3c *Fylkeskommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep*

Fylkeskommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Fylkeskommunen skal legge til rette for at den offentlige tannhelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

2. I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd skal § 5–8 tredje ledd første og andre punktum oppheves.

3. I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

Ny § 2-1f skal lyde:

§ 2-1f *De regionale helseforetakenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep*

De regionale helseforetakene skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at spesialisthelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

§ 2-5c første til tredje ledd skal lyde:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Kontaktlegen skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten.

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal peke ut kontaktleger for pasienten så snart som mulig etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktleger, senest første virkedag etter innleggelse eller poliklinisk undersøkelse. Pasienten skal så snart som mulig få vite hvem som er hans eller hennes kontaktleger, og skal orienteres om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kontaktleger har.

Kontaktlegen skal være pasientens faste medisinskfaglige kontakt. For å sikre kontinuitet i pasientforløpet skal *helseinstitusjon som omfattes av denne loven* vurdere om kontaktleger også skal være informasjonsansvarlig etter helsepersonelloven § 10 og journalansvarlig etter helsepersonelloven § 39.

4. I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. gjøres følgende endringer:

§ 1-1 nr. 5 skal lyde:

5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, *sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende*, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,

§ 3-2 første ledd nr. 3 skal lyde:

3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk *akuttberedskap*,
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste, og
 - d. *psykososial beredskap og oppfølging*.

§ 3-2 andre ledd nytt første punktum skal lyde:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg leger, sykepleiere, fysioterapeut, jordmor og helsesøster.

Nåværende første punktum blir andre punktum.

Ny § 3-3 a skal lyde:

§ 3-3 a Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Ny § 5-11 skal lyde:

§ 5-11 Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Personell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

II

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester skal § 3-2 andre ledd første punktum skal lyde:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg leger, sykepleiere, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, *ergoterapeut og psykolog*.

III

1. I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 1-3 bokstav d skal lyde:

- d. helse- og omsorgstjenesten: den kommunale helse- og omsorgstjenesten, *spesialisthelsetjenesten* og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester.

§ 2-1 a nytt tredje ledd skal lyde:

Rettigheter etter første og andre ledd omfatter ikke tannhelsetjenester, jf. § 2-1 f.

Nåværende tredje til femte ledd blir fjerde til sjette ledd.

Ny § 2-1 f skal lyde:

§ 2-1 f Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste

Pasient og bruker som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b, har rett til nødvendig tannhelsehjelp. Kommunen skal gi den som søker eller trenger tannhelsetjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

§ 6-1 første ledd skal lyde:

Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll, *herunder tannhelsekontroll*, i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

§ 7-4 første ledd første punktum skal lyde:

Pasienten, brukeren, eller andre som har rett til det, kan be tilsynsmyndigheten om en vurdering dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og *helse- og omsorgstjenesteloven er brutt til ulempe for seg eller den hun eller han opptrer på vegne av.*

2. I lov 19. juni 2009 nr. 58 om merverdiavgift gjøres følgende endringer:

§ 3-2 første ledd bokstav a skal lyde:

a. omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, *samt tanntekniske tjenester.*

§ 3-2 første ledd bokstav b oppheves.

Nåværende bokstav c, d og e blir bokstav b, c og d.

3. I lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid skal § 21 første ledd bokstav b lyde:

b) relevant kunnskap fra *kommunene og fra fylkeskommunens* virksomhet med betydning for folkehelsen.

4. I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. gjøres følgende endringer:

§ 1-2 første ledd skal lyde:

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

§ 3-1 første ledd nytt andre punktum skal lyde:

Kommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, er tilgjengelige for personer som oppholder seg i kommunen.

§ 3-2 første ledd nytt nr. 7 skal lyde:

7. Tannhelsetjenester, herunder til pasient- og brukergrupper som nevnt i § 3-2 b.

§ 3-2 andre ledd første punktum skal lyde:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, ergoterapeut, psykolog, *tannpleier og tannlege.*

Ny § 3-2 b skal lyde:

§ 3-2 b *Kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte pasient- og brukergrupper*

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til:

1. Barn og ungdom til og med det året de fyller 20 år
2. Personer med psykisk utviklingshemming
3. Personer som oppholder seg i helseinstitusjon, herunder institusjon i spesialisthelsetjenesten
4. Personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie
5. Personer som på grunn av rusavhengighet mottar ett av følgende tilbud:
 - a. tjenester som nevnt i § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b til c
 - b. legemiddelassistert rehabilitering
 - c. annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet
6. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, jf. § 3-9. Kommunen kan i tillegg gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til andre pasient- og brukergrupper enn dem som fremgår av første ledd.

Kommunen kan yte tannhelsetjenester til voksne mot betaling etter nærmere bestemmelser fastsatt av kommunen. Departementet kan gi forskrift om at kommunen skal sørge for å tilby slike tjenester i områder av kommunen der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og om pliktens varighet og geografiske omfang.

§ 3-4 nytt andre ledd skal lyde:

Kommunen har ansvar for å samordne kommunal og privat tannhelsevirksomhet.

Nåværende andre ledd blir nytt tredje ledd.

§ 11-1 tredje ledd nytt andre punktum skal lyde:

Dersom pasientens utgifter til tannhelsetjenester helt eller delvis skal dekkes av kommunen, må den privatpraktiserende ha avtale med kommunen.

§ 11-1 nytt fjerde ledd skal lyde:

Kommunen skal dekke utgifter til reise for pasienter som får tilbud om tannhelsetjenester etter § 3-2 b. Kommunen skal gi forskrift med nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

Nåværende fjerde til sjette ledd blir femte til syvende ledd.

Ny § 11-6 skal lyde:

§ 11-6 *Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. for tannhelsetjenester*

Departementet kan gi forskrift om krav til føring av atskilte regnskaper, krav til fordeling av inntekter

og utgifter, regulering av overskudd, kontrollsystemer, informasjon og andre krav som er nødvendige for å unngå krysssubsidiert mellom tannhelsetjenester som kommunen tilbyr i områder av kommunen der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og tjenester som tilbys i konkurranse med private tjenesteytere.

5. I lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp skal § 14 første ledd lyde:

Virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av apotekloven, folkehelsesloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven og spesialisthelsetjenesteloven, plikter uten hinder av taushetsplikt å registrere eller melde opplysninger som bestemt i forskrifter etter §§ 11 til 13.

6. I lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger gjøres følgende endringer:

§ 8 tredje ledd skal lyde:

Registrene skal ivareta oppgaver etter apotekloven, folkehelsesloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven og spesialisthelsetjenesteloven.

§ 13 første ledd skal lyde:

Virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av apotekloven, folkehelsesloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven og spesialisthelsetjenesteloven plikter å melde opplysninger som bestemt i forskrifter etter §§ 8 til 12. Innmelding til registre etter §§ 9 bokstav b, 10, 11 og 12 kan skje uten hinder av taushetsplikt.

IV

Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten oppheves.

V

1. Loven gjelder fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene i loven til forskjellig tid.
2. Kongen kan sette i kraft del III og IV til ulik tid for ulike deler av riket. Kongen kan gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av slik delt ikraftsetting.
3. Fra og med ikraftsetting av lovendringer i del III har den kommune hvor virksomheten er lokalisert rett og plikt til å overta alle formuesposisjoner som er knyttet til virksomheter innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, herunder

offentlige tannklinikker og regionale odontologiske kompetansesentre. Overtakelsen skal omfatte alle eiendeler, rettigheter og plikter som er knyttet til virksomhetene. Overføringen gjennomføres med kontinuitet i rettighets- og forpliktelsesposisjoner. Overdragelsen skjer vederlagsfritt.

Kommunen trer inn i og overtar fylkeskommunens rettigheter og plikter etter avtaler som foreligger ved endringslovens ikraftsetting mellom fylkeskommunen og private tannleger etter tannhelsetjenesteloven § 4-2, jf. § 5-1.

Dersom det i forbindelse med overføringen av rettigheter og plikter til kommunen overføres gjeld eller andre forpliktelser knyttet til virksomhetene, er det frigjørende for fylkeskommunen. Kreditor og andre rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen, eller gjøre gjeldende at den utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet.

Kommunen kan uten hinder av ovennevnte bestemmelser avtale med andre kommuner eller fylkeskommunen at disse helt eller delvis skal ha eiendomsrett til virksomheten.

B.

I

Stortinget ber regjeringen legge til rette for en prøveordning som innebærer at kommuner som ønsker det, etter søknad kan få tillatelse til å overta ansvaret for tannhelsetjenesten fra 2020.

II

Stortinget ber regjeringen sørge for at prøveordningen som starter i 2020, i de kommunene som ønsker å overta tannhelsetjenesten, følgeevalueres frem til 2023. Basert på erfaringene i prøvetiden og endringer i kommunestruktur etter 2020, kan en videre utvidelse til flere kommuner tidligst skje etter 2023.

III

Stortinget ber regjeringen vurdere behovet for økonomiske incentiver for kommuner som ønsker å overta tannhelsetjenesten.

IV

Stortinget ber regjeringen komme tilbake med egen sak som vurderer overføring av den samlede tannhelsetjenesten basert på erfaringene fra prøveordningen som kan gi grunnlag for beslutning om overføring fra 2023.

V

Stortinget ber regjeringen starte arbeidet med å bygge opp tannpleierkompetanse i kommunene. Slik oppbygging av tannpleierkompetanse i kommunene

vil ha økonomiske og administrative konsekvenser som regjeringen vil måtte komme tilbake til i budsjettsammenheng.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 1. juni 2017

Kari Kjønås Kjos

leder

Tone Wilhelmsen Trøen

ordfører

