



STORTINGET

# Innst. 296 L

(2021–2022)

Innstilling til Stortinget  
fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 63 L (2021–2022)

---

**Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven mv. (oppheving av lovregel om godkjenningmodell for fritt brukervalg m.m.)**

---

Til Stortinget

## 1. Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i proposisjonen flere endringer i helselovene.

### 1.1 Oppheving av lovregel om godkjenningmodell for fritt brukervalg

Departementet foreslår å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 om godkjenningmodell for fritt brukervalg. En lovfesting av godkjenningmodell for fritt brukervalg er både unødvendig og en feil vektlegging av private tilbud som løsning på utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Behovene for helse- og omsorgstjenester skal først og fremst dekkes gjennom tilbud fra offentlige tjenesteytere.

Bestemmelsen gir kommunene en lovfestet ramme for bruk av denne modellen på linje med ordinære anskaffelser uten at den har noen øvrig juridisk betydning. Dersom enkelte kommuner har igangsatt arbeidet med en godkjenningmodell for fritt brukervalg etter at loven trådte i kraft 1. september 2021, vil en opphevelse av loven ikke få noen rettslige konsekvenser for disse kommunene i og med at innholdet i godkjenningmodellen også fremgår av øvrig regelverk innen området. Plikten til å ha et tilbud i egen regi vil imidlertid falle bort.

### 1.2 Etterutdanning for helsepersonell med spesialistgodkjenning

Departementet foreslår en endring i helsepersonelloven § 51 som skal gi en tydelig hjemmel til å fastsette forskrifter om etterutdanning for helsepersonell med spesialistgodkjenning. Dette er i dag bare aktuelt for leger som er spesialister i allmennmedisin.

Departementet viser til at etterutdanningsprogrammet har nær sammenheng med spesialistutdanningen og i alle år har vært regulert som en del av spesialistutdanningen. Dagens regler er midlertidige og gjelder frem til 2027.

Departementet mener at det er behov for en tydeligere hjemmel for å regulere etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin, og at etterutdanningen bør hjemles i helsepersonelloven. Formålet med etterutdanningen og tilleggskaksten er å fremme pasientsikkerhet gjennom å sikre fastlegenes faglige kompetanse og dermed kvaliteten i tjenestene. Bestemmelsene om etterutdanning og tilleggskakst for spesialister i allmennmedisin skal være et insitamant til å holde seg faglig oppdatert. Mange fastleger er ikke i et stort faglig miljø til daglig, slik som for eksempel leger som arbeider på sykehus. For sykehusspesialitetene ligger ansvaret for faglig oppdatering hos arbeidsgiver, som også dekker kostnadene med dette, mens mange fastleger selv må bære utgiftene som påløper når de skal gjennomføre etterutdanningsaktiviteter. Tilleggskaksten er blant annet ment som en kompensasjon for dette.

Forslaget til forskriftshjemmel vil legge til rette for å gjennomgå og samle reglene om etterutdanning. Det kan være behov for klarere regler blant annet om vilkår for å få godkjent etterutdanningsprogrammet, godkjenningssinstans, gebyr og klage.

Vi har i dag bare etterutdanning for spesialister i allmennmedisin. Etter departementets vurdering er det mest hensiktsmessig med en generell forskriftshjemmel som i utgangspunktet omfatter alle helsepersonellgruppene. Dette gir en fleksibel regel som tar høyde for eventuelle fremtidige behov.

### 1.3 Lovtekniske endringer

Departementet foreslår i tillegg enkelte lovtekniske endringer i helseregisterloven samt en lovteknisk endring i pasientjournalloven for å rette opp en feil, slik at begrepet «statsforvalteren» tas inn i pasientjournalloven § 26.

I tillegg foreslås noen rettelser av henvisninger til lover eller lovbestemmelser som ved en feil ikke er blitt oppdatert i forbindelse med andre lovendringer.

## 2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Tove Elise Madland, Cecilie Myrseth, Even A. Røed og Truls Vasvik, fra Høyre, Sandra Bruflot, Erlend Svardal Bøe og lederen Tone Wilhelmsen Trøen, fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland og Hans Inge Myrvold, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud og Morten Wold, fra Sosialistisk Venstreparti, Marian Hussein, fra Rødt, Seher Aydar, fra Kristelig Folkeparti, Olaug Vervik Bollestad, og fra Pasientfokus, Irene Ojala, viser til proposisjonen fra regjeringen, der det foreslås å oppheve bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 om godkjenningmodell for fritt brukervalg. I tillegg foreslår departementet lovtekniske endringer i flere av helselovene.

Komiteen registrerer at det er mottatt fire skriftlige innspill til saken. Komiteen viser også til at det er gjennomført muntlig høring i saken, der tre aktører deltok.

Komiteen viser til at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 om godkjenningmodell for fritt brukervalg trådte i kraft 1. september 2021, etter forslag fra Solberg-regjeringen i Prop. 116 L (2020–2021) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (godkjenningmodell for fritt brukervalg), jf. Innst. 616 L (2020–2021).

### Oppheving av lovregel om godkjenningmodell for fritt brukervalg

Komiteen merker seg at departementet har valgt å ikke sende forslaget om å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 ut på høring, ved å benytte seg av utredningsinstruksens punkt 3-3 om at høring kan unnlates blant annet når dette er «åpenbart unødvendig».

Komiteen viser til departementets begrunnelse for dette:

«Spørsmålet om det skal gis en bestemmelse om godkjenningmodell for fritt brukervalg har nylig vært på høring. Det er lite trolig at en ny høring vil frembringe noe annet syn på dette spørsmålet fra høringsinstansene. Det er heller ikke slik at høring er nødvendig for å få oversikt over konsekvensene av å oppheve bestemmelsen.»

Komiteen viser til departementets forslag om å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 om godkjenningmodell for fritt brukervalg. Komiteen viser til at departementets begrunnelse for å oppheve bestemmelsen er at departementet mener en lovfesting av godkjenningmodell for fritt brukervalg er unødvendig og en feil vektlegging av private tilbud som løsning på utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet viser videre til at opphevelsen av bestemmelsen også er et eget punkt i Hurdalsplattformen. Komiteen viser til at departementet på bakgrunn av dette raskest mulig ønsker å oppheve godkjenningmodellen for fritt brukervalg.

Komiteen viser til departementets beskrivelse av hva som er gjeldende rett for godkjenningmodellen for fritt brukervalg:

«Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 regulerer en godkjenningmodell som går ut på at brukeren får velge mellom leverandører som er godkjent av og har kontrakt med kommunen. Kommunen annonserer en utlysning med oversikt over søknadsprosess, krav, kontraktsvilkår og fastsatt kompensasjon for leverandørene. De leverandørene som oppfyller kravene har rett til å levere tjenester på vegne av kommunen. Kommunen kan ikke sette tak på antall leverandører eller angi en søknadsfrist. Lovbestemmelsen gjør det også obligatorisk for kommunene å tilby de aktuelle tjenestene i egenregi for brukere som ikke kan eller vil velge leverandør. Lovbestemmelsen gir ingen plikt for kommunene til å innføre fritt brukervalg og gir heller ingen begrensninger for valg av modell for kommuner som velger å innføre fritt brukervalg. En godkjenningmodell kan også etableres uten lovreglene i § 3-11, men må holde seg innenfor gjeldende regler om offentlige anskaffelser og statsstøtte.»

Komiteen merker seg at departementet mener at det ikke vil være noen rettslige konsekvenser for kommuner som har igangsatt arbeidet med en godkjenningmodell for fritt brukervalg etter at loven trådte i kraft 1. september 2021. Komiteen viser til at departementet begrunner dette med at innholdet i godkjenningmodellen også fremgår av øvrig regelverk innen området, men at plikten til å ha et tilbud i egenregi vil falle bort.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, støtter regjeringens forslag

om å oppheve bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 om godkjenningmodell for fritt brukervalg. Flertallet vil understreke at kommunene i dag har mulighet til å velge ulike måter å drifte helse- og omsorgstjenesten på, det seg være i egen regi, i interkommunalt samarbeid eller med private leverandører etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Flertallet viser til at da forslag om en lovfestet godkjenningmodell for fritt brukervalg var på høring høsten 2020, var det lite støtte til lovfesting, og en hovedinnvending fra blant annet Helsedirektoratet og KS var at ordningen ville innskrenke kommunenes handlefrihet, og at det ville bli vanskelig for brukere å forholde seg til et så stort antall leverandører som modellen legger opp til.

Flertallet mener en lovfesting av godkjenningmodell for fritt brukervalg er én av flere unødvendige privatiseringsreformer initiert av regjeringen Solberg, som ikke møter verken nåtidens eller fremtidens utfordringer innen eldreomsorgen. En overdreven vektlegging av private tilbud er ikke veien å gå for å møte eldres behov for trygge og kontinuerlige tjenester. Flertallet mener at ordningen med fritt brukervalg ikke er i samsvar med en felles helse- og omsorgstjeneste som skaper gode tilbud over hele landet, og at trygge tjenester skal sikres av det offentlige – uavhengig av brukers sosioøkonomiske bakgrunn og evne til å orientere seg blant en rekke aktører. En slik ordning vil spesielt ramme de som ikke selv kan eller vil velge, og dette gjelder også de mange hjemmeboende med demens som ikke vil ha muligheten til å orientere seg i et slikt landskap. Flertallet viser til at regjeringen ønsker å styrke kommunene og hindre markedstenkning og kommersialisering i blant annet eldreomsorgen. Flertallet vil at helse- og omsorgstjenestene rettet mot eldre skal være preget av åpenhet og tillit, med kvalifiserte ansatte i hele og faste stillinger.

Flertallet vil også vise til erfaringer gjort i Sverige med henblikk på de konkurser som har oppstått ved bruk ved bruk av denne modellen. Dette har stor betydning for den enkelte kommune, som da raskt må skaffe tilsvarende tjenester for brukeren. Flertallet viser til at dette vil ha en negativ innvirkning på brukernes mulighet til å motta stabile og forutsigbare tjenester. Flertallet vil også minne om at det under høringen ble etterlyst en nærmere utredning av erfaringene Sverige har med ordningen, særlig i lys av pandemien og det store omfanget av smittespredning innen de svenske helse- og omsorgstjenestene.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet mener helse- og omsorgstjenesten må organiseres og utvikles med utgangspunkt i pasientenes behov, og at pasientene skal sikres et likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester over hele landet. Disse medlemmer mener det er et viktig

mål at alle skal få bestemme mest mulig over sin egen hverdag, og at valgfrihet gir mangfold og muligheter for pasienter, brukere og pårørende. Disse medlemmer mener regjeringens forslag til oppheving av godkjenningmodellen for fritt brukervalg vil føre til mindre valgfrihet, mangfold og brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten.

Disse medlemmer peker på at godkjenningmodellen for fritt brukervalg gir større mulighet til å velge tjenesteyter (hvem), medvirke til innholdet i tjenestetilbudet (hva), på hvilken måte den ytes (hvordan), og på hvilket sted og tidspunkt tjenesten gis (hvor og når). Gjennom fritt brukervalg gis den enkelte økt innflytelse over eget tjenestetilbud og kan i større grad tilpasse dette ut fra egne ønsker og behov.

Disse medlemmer påpeker at det er opp til hver enkelt kommune å bestemme om de vil ha fritt brukervalg i sine helse- og omsorgstjenester, og om de vil benytte seg av godkjenningmodellen for fritt brukervalg. Godkjenningmodellen for fritt brukervalg bidrar til at kommunene enklere og raskere kan innføre fritt brukervalg i helse- og omsorgstjenesten, fremfor at hver enkelt kommune skal utrede og lage disse rammene selv.

Disse medlemmer viser blant annet til Tromsø kommune, som i 2012 fattet et intensjonsvedtak i kommunestyret om å innføre fritt brukervalg i hjemmetjenesten, men fritt brukervalg ble ikke tilgjengelig for innbyggerne før i 2015. Bakgrunnen var at det tok lang tid å utrede og få på plass gode rammer som muliggjorde fritt brukervalg i kommunen. Godkjenningmodellen for fritt brukervalg ville i dette tilfellet ha bidratt til at fritt brukervalg ble innført enklere og raskere.

Disse medlemmer mener brukermedvirkning er viktig for å forbedre og øke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer mener at forslaget fra regjeringen om å oppheve godkjenningmodellen for fritt brukervalg vil gjøre det vanskeligere og mer tidkrevende for kommunene å gi innbyggerne valgfrihet, og det vil bidra til mindre brukermedvirkning. Disse medlemmer viser til at NHO Service og Handel i sitt høringssvar har gjengitt resultatene fra Helsepolitisk barometer for 2021 om brukermedvirkning:

«Befolkningen er gjennomgående positive til brukermedvirkning i de kommunale tjenestene. Ved behov for hjemmehjelp ønsker de fleste (73 prosent) å kunne velge hvem som kommer hjem til dem og når hjelpen skal komme, viser Helsepolitisk barometer 2021 utført av Kantar. Dette er en stor årlig helseundersøkelse som måler befolkningens holdninger til ulike helsepolitiske spørsmål, og undersøkelser over flere år har vist at 7 av 10 oppgir dette som viktig eller svært viktig, og på tvers av politiske preferanser».

Disse medlemmer mener dette viser at folk er opptatt av å få være med og påvirke helse- og omsorgstjenestene i sin kommune. Disse medlemmer me-

ner det er viktig at brukerne blir lyttet til, og at det bidrar til en helse- og omsorgstjeneste med økt kvalitet og bedre tjenester.

Disse medlemmer mener de gode løsningene finnes i samspillet mellom innbyggerne og klok ressursbruk fra dem som kjenner innbyggerne best. For å dekke behovet for helse- og omsorgstjenester fremover er det helt nødvendig å ta i bruk alle tilgjengelige ressurser for å løse oppgavene. Flere og ulike leverandører i markedet gir mangfold og mulighet for innovasjon og utvikling av nye løsninger både i kommunene og sektoren generelt.

Disse medlemmer mener oppheving av godkjenningsmodellen for fritt brukervalg vil gi utfordringer for både kommuner og brukere. Disse medlemmer er redd mange mindre kommuner ikke vil ha ressurser til å tilrettelegge for egne godkjenningsmodeller, som derfor vil bety at enkelte kommuner blir låst til et offentlig tilbud.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener det bør være helt grunnleggende at brukere får full frihet og makt til å ha valgfrihet og innflytelse over hjemmetjenestene, særlig når det er et tjenestetilbud som foregår i brukerens eget hjem. Disse medlemmer mener kommunene bør tilrettelegge for at brukerne selv får mest mulig kontroll over sitt eget tilbud, og at brukerne kan velge og vrake etter hva som passer best for dem selv. Disse medlemmer mener en monopolistisk tankegang i tjenestetilbudet fører til mindre innovasjon, mindre innflytelse og et dårligere tilbud, mens et mangfold av aktører gir et bredere tilbud med mer makt til brukerne selv.

Disse medlemmer mener det er svært spekulativt at det i regjeringens lovforslag trekkes linjer mellom koronadødsfall i Sverige og erfaringer med ordningen i Sverige.

Disse medlemmer vil videre advare mot regjeringens signaler om å gå vekk fra fritt brukervalg og fritt behandlingsvalg i helsetjenestene. Frihet er et premiss for å sette brukerne og pasientene selv i sentrum, der man flytter makt fra myndighetene til dem tjenestene angår. I tillegg mener disse medlemmer det vil få store konsekvenser for helsesektoren at store deler av det private tilbudet avvikles uten at man har et reelt alternativ til å overta tapt kapasitet. Disse medlemmer mener private helsetjenester skal være tilgjengelige for alle under egenandelsordningen.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt understreker at det er bra at regjeringen følger opp og fremmer forslag om å oppheve lovbestemmelsen om godkjenningsmodell for fritt brukervalg. Dagens stortingsflertall var mot loven da den ble innført.

Disse medlemmer viser til at det i proposisjonen heter:

«Blant høringsuttalelsene var det lite støtte til å lovfeste en slik modell. Flere av høringsinstansene, blant annet KS og Helsedirektoratet, mente at en lovendring ikke ville være den beste måten å få flere kommuner til å innføre fritt brukervalg. Det ble pekt på at kommunene allerede har et tilstrekkelig handlingsrom i eksisterende lovverk til å gjennomføre fritt brukervalg etter den modellen som passer den enkelte kommune best, og at informasjon om erfaringer fra andre kommuner som har tatt i bruk fritt brukervalg, kurs og gode veiledere vil føre til en bedre måloppnåelse.»

Disse medlemmer kan ikke se at det bør være et mål at flere kommuner skal innføre ordninger for fritt brukervalg.

Disse medlemmer merker seg at det i proposisjonen vises til at det er etterlyst mer av erfaringene fra Sverige, sett i lys av pandemien. Det er nyttig og viktig, men erfaringene FØR pandemien er godt dokumentert. Brukervalg for sårbare grupper av eldre har ikke fungert godt i Sverige. Svært få eldre benytter ordningen slik den er tenkt, eller vet at de har valgt. Systemet fungerer også slik at det i realiteten er begrenset hva man kan velge. Man velger leverandør, ikke innhold.

Disse medlemmer viser til at regjeringen Solberg selv skrev i sin lovproposisjon:

«Det har vært vanskelig å dokumentere endring i kvalitet for brukerne og hva endringen evt. skyldes, men erfaringene synes likevel å være at de brukerne som er i stand til å treffe beslutninger er fornøyd med å ha valgmuligheter.»

Disse medlemmer mener vi ikke kan ha en eldreomsorg som først og fremst fungerer for dem som «er i stand til å treffe beslutninger». Disse medlemmer viser til at eldre og pårørende ønsker større innflytelse på innholdet i hjelpen de får. Det sikres ikke gjennom valg av leverandør. Derfor bør målet for norsk eldreomsorg ikke være å innføre former for konkurranse-systemer, men økonomiske rammer og modeller innenfor offentlig og ideell drift, som kan gi større rom for at eldre og pårørende kan påvirke hvordan tiden de får til delt av hjemmetjenesten, skal brukes.

Disse medlemmer viser til at privatisering gir dårligere lønns- og arbeidsvilkår: Omsorgsforskerne i Sverige har dokumentert at personalet hjelper stadig flere eldre i løpet av en vakt, og stresset ved dette forsterkes av at de eldre som mottar hjelp, har blitt sykere. Uroen for lav bemanning har økt, innflytelsen på eget arbeid har minsket, detaljstyringen har økt, og administrasjonsbyrden har mer enn doblet seg. Erfaringen fra Sverige og Norge er at lønns-, pensjons- og arbeidsvilkår presses nedover når tjenester privatiseres. Det gir samtidig liten mulighet for førstelinjene til å jobbe slik at på-

rørende og brukere kan få reell innflytelse og valgfrihet når det gjelder innholdet i tjenesten de mottar.

Disse medlemmer merker seg at det i proposisjonen heter:

«Bestemmelsen gir kommunene en lovfestet ramme for bruk av denne modellen på linje med ordinære anskaffelser uten at den har noen øvrig juridisk betydning. Dersom enkelte kommuner har igangsatt arbeidet med en godkjenningmodell for fritt brukervalg etter at loven trådte i kraft 1. september 2021, vil en opphevelse av loven ikke få noen rettslige konsekvenser for disse kommunene i og med at innholdet i godkjenningmodellen også fremgår av øvrig regelverk innen området. Plikten til å ha tilbud i egenregi vil imidlertid falle bort.»

Disse medlemmer understreker at det vil være svært uheldig dersom innføring av «fritt brukervalg» samtidig skal føre til at tilbud i kommunens egenregi ikke skal inngå som en valgmulighet. Dette er å redusere mangfoldet.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at plikten til å ha tilbud av helse- og omsorgstjenester i egenregi ikke skal falle bort i kommuner med fritt brukervalg.»

Disse medlemmer understreker at en bedre norsk eldreomsorg først og fremst handler om å ha nok folk på jobb, bedre økonomiske rammer, flere heltidsstillinger og rammer som kan ha førstelinjene og de som mottar hjelp, mer å samarbeide om. Brukervalg handler om å ha reelle muligheter til å gi brukermedvirkning og valgfrihet når det gjelder innholdet i tjenestene.

Komiteens medlem fra Pasientfokus viser til at departementet blant annet begrunner forslaget om oppheving av lovregelen om godkjenningmodell for fritt brukervalg slik:

«En lovfesting av godkjenningmodell for fritt brukervalg, er både unødvendig og en feil vektlegging av private tilbud som løsning på utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Behovene for helse- og omsorgstjenester skal først og fremst dekkes gjennom tilbud fra offentlige tjenesteytere.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus vil uttrykke bekymring for at en svekkelse av ordningen med fritt brukervalg vil ramme den enkelte bruker sterkt. I NOU 2021:11 Selvstyrt er velstyrt, punkt 4.6.1.3 står følgende om arbeidsleder, som i de fleste tilfeller vil være den enkelte bruker og eventuelt medbruker:

«Brukerstyringen handler om hva det skal gis assistanse til, hvor, når og hvordan assistansen skal gis og

hvem som skal gi assistansen, det vil si hvilke personer som skal ansettes som assistenter.»

Disse medlemmer viser til at utvalgets flertall ikke fremmer forslag om rett til fritt brukervalg, selv om utvalget mener at argumentene for fritt brukervalg er mer tungtveiende enn argumentene mot. Utvalget understreker at dersom selvstyrt personlig assistanse skal bli et reelt likestillingsverktøy og sikre stor innflytelse over egen situasjon for dem det gjelder, bør kommunene legge til rette for fritt valg av tjenesteyter. Disse medlemmer viser til at fritt brukervalg og brukerstyrt personlig assistanse (BPA) handler direkte om livskvalitet og et verdig liv for brukeren selv, men også for brukers familie – særlig der den som får innvilget BPA, er barn eller ungdom. Det handler om brukers rett til å ha kontakt med og leve et liv sammen med familien – og ikke i et distansert forhold til familien.

Disse medlemmer viser til at formålet med fritt brukervalg og med BPA er å gi personer med et stort hjelpebehov større frihet til å styre tjenestene og hverdagens selv. Disse medlemmer viser til at helse- og omsorgspersonellet kommer svært nær brukers liv og intime sfære, og at det er avgjørende med god personlig kjemi mellom bruker og assistenten. Disse medlemmer mener at i en slik tjeneste må fokuset være på brukeren. Forslaget om oppheving av lovregel om godkjenningmodell for fritt brukervalg ivaretar etter disse medlemmers syn i mindre grad brukeren.

Komiteens medlem fra Pasientfokus vil peke på at i prioriteringsmeldingen som Stortinget nylig behandlet, var mestring et ofte brukt begrep. Også i denne sammenheng bør mestring være et begrep verdt å fokusere på. En personlig assistent skal hjelpe brukeren, ikke bare med de åpenbare individuelle behov, men også med livsmestring. Dette medlem mener det er større sannsynlighet for at brukeren mottar helse- og omsorgstjenester som gir økt livskvalitet, dersom tjenestene tilpasses den enkelte brukers behov gjennom fritt brukervalg. Dette medlem mener at det vil være en fordel for brukere bosatt i små kommuner i utkantstrøk, med forholdsvis spredt bosetting, at behovene for helse- og omsorgstjenester kan dekkes gjennom tilbud fra både offentlige og private tjenesteytere, og at de selv kan rekruttere og velge tjenester og tjenesteytere.

## Etterutdanning for helsepersonell med spesialistgodkjenning

Komiteen viser til departementets forslag om en endring i helsepersonelloven § 51 som skal gi en tydelig hjemmel til å fastsette forskrifter om etterutdanning for helsepersonell med spesialistgodkjenning. Komiteen viser til at dette i dag bare er aktuelt for leger som er spesialister i allmenntidmedisin.

Komiteen støtter en generell forskriftshjemmel som i utgangspunktet omfatter alle helsepersonellgruppene. Komiteen mener det vil gi en mer fleksibel regel som tar høyde for eventuelle fremtidige behov.

Komiteen merker seg at det kom inn fem høringsvar på departementets høring om en endring i helsepersonelloven § 51, og at høringsinstansene enten har gitt sin støtte til forslaget eller ikke kommentert forslaget.

Komiteen støtter en tydeligere hjemmel for å regulere etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin og at etterutdanningen hjemles i helsepersonelloven. Komiteen viser til at formålet med etterutdanningen og tilleggskosten for spesialister i allmennmedisin er å fremme pasientsikkerhet gjennom å sikre fastlegenes faglige kompetanse og dermed kvaliteten i tjenestene.

Komiteen mener det er viktig at helsepersonell holder seg faglig oppdatert, og at det kan være vanskeligere for fastleger som ikke er i et stort faglig miljø til daglig, slik som for eksempel leger som arbeider på sykehus.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, viser også til foreslått endring i helsepersonelloven § 51, som skal gi tydelig hjemmel til å fastsette forskrifter om etterutdanning for helsepersonell med spesialistgodkjenning. Flertallet viser til at endringen særlig tar sikte på etterutdanning av spesialister i allmennmedisin for å sikre faglig kompetanse og kvalitet i tjenesten og dermed pasientens sikkerhet. Tilleggskosten for de som tar etterutdanning, er et insitamant til å holde seg faglig oppdatert og skal kompensere for kostnader knyttet til etterutdanningen. Dette ansvaret ligger hos fastlegen alene i motsetning til for ansatte ved sykehusene, der arbeidsgiver er ansvarlig. Flertallet viser samtidig til departementets vurdering av hensiktsmessigheten i å ha en generell forskriftshjemmel som omfatter alle helsepersonellgrupper ut fra hva som kan være fremtidige behov. Dette er helt i tråd med regjeringens ønsker om trygg helse og omsorg i vår felles helsetjeneste.

### 3. Forslag fra mindretall

**Forslag fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt:**

*Forslag 1*

Stortinget ber regjeringen sikre at plikten til å ha tilbud av helse- og omsorgstjenester i egenregi ikke skal falle bort i kommuner med fritt brukervalg.

### 4. Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av en samlet komité, med unntak av IV om å oppheve helse- og omsorgstje-

nesteloven § 3-11, som fremmes av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til proposisjonen og råår Stortinget til å gjøre følgende

#### vedtak til lov

om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven mv. (oppheving av lovregel om godkjenningsmodell for fritt brukervalg m.m.)

#### I

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. gjøres følgende endringer:

§ 51 skal lyde:

*§ 51 Spesialistutdanning og etterutdanning for spesialister*

Departementet kan gi forskrifter om spesialistutdanning for helsepersonell og om etterutdanning for spesialister. Det kan blant annet gis bestemmelser om

- a) utdanningens innhold og lengde
- b) utdanningsinstitusjonene, inkludert godkjenning av utdanningsinstitusjoner
- c) organisering av utdanningsstillinger
- d) godkjenning av utdanning
- e) godtgjørelse ved vedtak om godkjenning
- f) at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

#### II

I lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. gjøres følgende endringer:

§ 5 andre ledd skal lyde:

Lov 18. juli 1958 nr. 2 om offentlige tjenestetvister og lov 16. juni 2017 nr. 67 om statens ansatte mv. gjelder ikke for foretak.

#### III

I lov 21. februar 2003 nr. 12 om behandlingsbiobanker gjøres følgende endring:

§ 21 oppheves.

#### IV

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

§ 10-2 første ledd skal lyde:

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesia-

listhelsetjenesteloven § 2-1a femte ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

§ 3-11 oppheves.

## V

I lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp gjøres følgende endring:

§ 26 andre punktum skal lyde:

Dette gjelder ikke for tilsynsoppgaver som påligger Statens helsetilsyn eller statsforvalteren etter helsetilsynsloven.

## VI

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

§ 2 bokstav f skal lyde:

- f) *indirekte personidentifiserbare helseopplysninger*: helseopplysninger der navn, fødselsnummer og andre *personidentifiserende* kjennetegn er fjernet, men hvor opplysningene likevel kan knyttes til en enkeltperson.

Tittelen i § 9 skal lyde:

§ 9 *Registre som er samtykkebaserte eller uten personidentifiserende kjennetegn*

§ 9 bokstav b skal lyde:

- b) opplysningene behandles uten at den dataansvarlige har tilgang til navn, fødselsnummer eller *andre personidentifiserende* kjennetegn.

§ 10 første punktum skal lyde:

Kongen i statsråd kan i samsvar med vilkårene i § 8 gi forskrift om behandling av opplysninger i helseregistre der navn, fødselsnummer eller *andre personidentifiserende* kjennetegn skal kunne behandles uten samtykke fra den registrerte.

§ 11 første ledd skal lyde:

Kongen i statsråd kan i samsvar med vilkårene i § 8 gi forskrift om behandling av opplysninger i helseregistre der navn, fødselsnummer eller *andre personidentifiserende* kjennetegn skal kunne behandles uten samtyk-

ke fra den registrerte i den utstrekning det er nødvendig for å nå formålet med registeret.

§ 16 første punktum skal lyde:

Departementet kan i forskrift eller ved enkeltvedtak pålegge regionale helseforetak, helseforetak, fylkeskommuner og kommuner å innrapportere anonyme data eller indirekte *personidentifiserbare* helseopplysninger, uten hensyn til taushetsplikt, til statistikk.

§ 19 a andre ledd andre punktum skal lyde:

Opplysningene skal tilgjengeliggjøres uten navn, fødselsnummer eller *andre personidentifiserende* kjennetegn med mindre slike opplysninger av særlige grunner er nødvendige.

§ 19 b skal lyde:

§ 19 b *Unntak fra taushetsplikten for indirekte personidentifiserbare helseopplysninger*

Taushetsplikten er ikke til hinder for tilgjengeliggjøring av indirekte *personidentifiserbare* helseopplysninger i registre som er etablert med hjemmel i § 11, dersom hensynet til den registrertes integritet og konfidensialitet er ivaretatt og behandlingen av opplysningene er av vesentlig interesse for samfunnet.

§ 19 c andre ledd andre punktum skal lyde:

Opplysninger i helseregistre etablert med hjemmel i § 9 første ledd bokstav b kan bare sammenstilles dersom sammenstillingen skjer uten at den dataansvarlige har tilgang til navn, fødselsnummer eller *andre personidentifiserende* kjennetegn.

§ 19 e andre ledd andre punktum skal lyde:

Opplysningene skal tilgjengeliggjøres uten navn, fødselsnummer eller *andre personidentifiserende* kjennetegn med mindre slike opplysninger av særlige grunner er nødvendige.

§ 21 første ledd tredje punktum skal lyde:

I registre som er etablert med hjemmel i §§ 10 eller 11, skal *navn, fødselsnummer og andre personidentifiserende* kjennetegn lagres kryptert.

## VII

Loven trer i kraft straks.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 10. mai 2022

**Tone Wilhelmsen Trøen**

leder

**Erlend Svardal Bøe**

ordfører

