

NOU

Norges offentlige utredninger **2004: 18**

Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. mars 2003.

Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet 11. oktober 2004.

Statens forvaltningstjeneste
Informasjonsforvaltning

Oslo 2004

ISSN 0333-2306
ISBN 82-583-0793-2

Lobo Media AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet

Etter forslag fra Sosialdepartementet og Helsedepartementet ble et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. mars 2003 for å utrede og foreslå bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.

Utvalget fikk følgende mandat:

1. Utvalget skal utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.
2. Siktemålet med harmoniseringen er å:
 - sikre ensartet regulering av likeartede tjenester
 - sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov og bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre dette
 - hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer
 - forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner.
3. Utredningen må vurdere og ta standpunkt til om forslagene til harmonisering bør skje innenfor eksisterende lover eller i en ny felles lov for de kommunale helse- og sosialtjenester og utarbeide forslag til lovtekst.
4. Lovforslaget skal baseres på at:
 - kommunene skal ha stor frihet til å velge organisering av sine tjenester, jf. Retningslinjer for fremtidig statlig regelverk rettet mot kommunesektoren (Kommunal- og regionaldepartementet, 2002)
 - det tas hensyn til behovet for og plikten til samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at dette samarbeidet ikke svekkes, men kan videre styrkes.
5. Utvalget skal legge til grunn de føringer som følger av rusreformen og St.meld. nr. 14 (2002-2003) om samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten.
6. Utvalget skal utrede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av sine forslag i samsvar med Utredningsinstruksens kapittel 2. Minst ett av utvalgets forslag skal baseres på uendret ressursbruk.
7. Utvalget skal legge frem sin innstilling innen ett år fra det oppnevnes.

I St. meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstjenestene punkt 5.2 går det frem at regjeringen ønsker å endre Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven slik at det ved vedtak om plass i institusjon blir fattet spesifiserte enkeltvedtak der tjenestetilbudet konkretiseres. På bakgrunn av at forslaget berører sentrale problemstillinger i mandatet for lovutvalget, anmodet Sosialdepartementet ved brev 16.12.03 om at utvalget skulle vurdere forslaget som en del av sitt arbeid, dersom utvalget hadde mulighet for det.

Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (rusreform II og rett til individuell plan) fattet Stortinget i anmodningsvedtak nr. 63 (2003-

2004) beslutning om å be Regjeringen sikre at brukerrettighetene er en sentral del av arbeidet med forenkling og harmonisering av den kommunale sosial - og helselovgivning. Helsedepartementet orienterte utvalget om dette i brev av 23. januar 2004, og ga uttrykk for en forutsetning om at Stortingets anmodningsvedtak ble ivaretatt av utvalget.

Utvalget legger med dette fram sin innstilling. Innstillingen er enstemmig hvor ikke annet framgår.

Oslo, 11. oktober 2004

Jan Fridthjof Bernt
leder

Geir Sverre Braut

Jan Helge Dale

Birgitte Gullestad

Marit Halvorsen

Alice Kjellevold

Kjell Erik Lommerud

Odd Mandal

Mona Røkke

Valborg Ellen Sund

Ottar Vist

Sverre Engelschiøn
Karl Olav Hovland

Innhold

1	Utvalgets sammensetning, mandat og arbeidsmåte	7	4.6.1	Innledende merknader	35
1.1	Oppnevning og sammensetning	7	4.6.2	Helsetjenester	36
1.2	Regjeringens begrunnelse for oppnevningen av lovutvalget	7	4.6.3	Sosiale tjenester	36
1.3	Mandat	9	5	Harmonisering	38
1.4	Arbeidet i utvalget og forholdet til andre utredninger	10	5.1	Innledning	38
1.5	Begrepsbruk	10	5.2	Tjenesteytere og tjenestemottakere ..	39
2	Sammendrag – utvalgets anbefalinger	13	5.3	Interkommunalt samarbeid	41
3	Gjeldende rett - Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven	21	5.4	Offentlig ansvar for finansiering av tjenestene	42
3.1	Innledning	21	5.5	Egenbetaling	44
3.2	Kort om retten til ytelser	21	5.6	Alternative løsninger for et bedre harmonisert regelverk – Prinsipielle utgangspunkter for utvalgets vurderinger	45
3.3	Kort om det kommunale ansvar	22	5.7	Nærmere om utvalgets vurderinger av harmoniseringsproblematikken...	47
3.3.1	Innledning	22	6	Sentrale verdier i den kommunale sosial- og helse-tjenesten	50
3.3.2	Kommunale oppgaver	22	6.1	Innledning	50
3.3.3	Allmennlegetjeneste	24	6.2	Formålsbestemmelser som uttrykk for verdier i lovgivningen	51
3.3.4	Økonomisk stønad	25	6.3	Det ukrenkelige menneskeverdet	51
3.3.5	Samarbeid, informasjon og forebyggende arbeid	25	6.4	Rettsikkerhet	52
3.3.6	Miljørettet helsevern	26	6.5	Sosial trygghet	52
3.3.7	Rusreformen	27	6.6	Likeverd og rettferdighet	53
3.3.8	Bruk av tvang og makt	28	6.7	Personlig autonomi og sårbarhet	53
3.3.8.1	Innledning	28	6.8	Hensynet til tjenestemottaker (brukerperspektivet)	54
3.3.8.2	Bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning	28	6.9	Andre hensyn	55
3.3.8.3	Innleggelse og tilbakehold av rusmiddelmissbrukere i institusjon uten samtykke	29	6.10	Utvalgets vurdering	56
4	Internasjonal rett	30	7	Avgjørelser, vedtak og forvaltningsklage	58
4.1	Innledning	30	7.1	Innledning	58
4.2	Menneskerettigheter	30	7.2	Nærmere om avgjørelser og vedtak ..	58
4.3	Kort om EU-regelverket	32	7.3	Klage på sosial- og helsetjenester	59
4.4	Nordisk konvensjon om sosialhjelp og sosiale tjenester	33	7.4	Utvalgets vurdering	61
4.5	Kort oversikt over den kommunale sosial- og helselovgivning i Sverige ...	34	8	Rett til individuelle og faglig forsvarlige tjenester	65
4.5.1	Ansvarsforhold	34	8.1	Innledning	65
4.5.2	Helsetjenester	34	8.2	Rett til tjenester	65
4.5.3	Nærmere om primærhelsetjenestene	34	8.3	Individuelt tilpassede tjenester	66
4.5.4	Sosiale tjenester	35	8.4	Faglig forsvarlige tjenester	66
4.5.5	Tilsyn og klage	35	8.4.1	Innledning	66
4.6	Kort oversikt over dansk kommunal sosial- og helselovgivning	35	8.4.2	Nærmere om kravet til faglig forsvarlighet	67
			8.5	Ansvar for personellens kompetanse ..	69

8.6	Retten til å flytte til en annen kommune	70	12.2.2	Hovedreglene om taushetsplikt etter Forvaltningsloven	100
8.7	Adgangen til å fastsette vilkår som pålegger tjenestemottakeren plikter .	70	12.2.3	Hovedreglene om helsepersonells taushetsplikt	101
8.7.1	Innledning.....	70	12.2.4	Unntak fra taushetsplikten.....	102
8.7.2	Vilkårsfastsetting ved tildeling av sosialtjenester.....	70	12.3	Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid	104
8.7.3	Vilkårsfastsetting ved tildeling av helsetjenester	72	12.4	Taushetsplikten - forholdet til personvernet.....	106
8.7.4	Konsekvenser av brudd på vilkårene	73	12.5	Utvalgets vurdering	107
8.8	Utvalgets vurdering	73			
9	Kartlegging, medvirkning, dokumentasjon, samtykke og informasjon	75	13	Informasjonsflyt i sosial- og helsesektoren og bruk av informasjonsteknologi (IT).....	111
9.1	Innledning.....	75	13.1	Innledning	111
9.2	Kartlegging av hjelpebehovet.....	75	13.2	Nødvendig informasjonsflyt.....	111
9.3	Medvirkning	77	13.3	Kort om informasjonssikkerhet og tilgangskontroll.....	112
9.4	Dokumentasjonsplikt.....	78	13.4	Videre utvikling og behovet for samarbeid	114
9.5	Samtykke	80	13.5	Utvalgets vurdering	115
9.5.1	Hovedreglene om samtykke.....	80			
9.5.2	Samtykkekompetanse	83	14	Krav om planer, konsekvensutredninger og tilsyn.....	118
9.6	Rett til informasjon.....	85	14.1	Innledning.....	118
9.7	Utvalgets vurdering	86	14.2	Kort om kommunale plankrav.....	118
10	Individuell plan	89	14.3	Konsekvensutredninger.....	120
10.1	Innledning.....	89	14.4	Kommunal egenkontroll	120
10.2	Nærmere om individuell plan – når og med hvilke rettsvirkninger?...	89	14.5	Internkontroll etter sosial- og helselovgivningen.....	120
10.3	Erfaringer med individuell plan i kommunehelsetjenesten	91	14.6	Statlig tilsyn med sosial- og helsetjenesten	122
10.4	Utvalgets vurdering	91	14.6.1	Innledning.....	122
11	Forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten.....	95	14.6.2	Nærmere om statlig tilsyn med sosial- og helsetjenestene	122
11.1	Innledning.....	95	14.7	Utvalgets vurdering	124
11.2	Tidligere utredninger	95	15	Administrative og økonomiske konsekvenser	126
11.3	Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten i Trondheim	96	16	Merknader til bestemmelsene i lovutkastet.....	127
11.4	Kommunehelsetjenestelovens bestemmelse om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter	97	17	Utkast til lov om sosial- og helsetjenester i kommunene	155
11.5	Utvalgets vurdering	97	18	Lov- og forskriftsregister.....	175
12	Taushetsplikt og personvern	99		Litteraturliste	177
12.1	Innledning.....	99			
12.2	Forvaltningsmessig og profesjonsbestemt taushetsplikt	99			
12.2.1	Innledning.....	99			

Kapittel 1

Utvalgets sammensetning, mandat og arbeidsmåte

1.1 Oppnevning og sammensetning

Etter forslag fra Sosialdepartementet og Helsedepartementet ble et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. mars 2003 for å utrede og foreslå bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Utvalget fikk følgende sammensetning:

Professor Jan Fridthjof Bernt (leder), Juridisk fakultet, Universitetet i Bergen

Ass. direktør Geir Sverre Braut, Statens helse-tilsyn

Kommunelege Jan Helge Dale, Flora kommune
Sekretariatsleder Birgitte Gullestad, Byrådsavdeling for helse og omsorg, nå Sekretariatet for Erstatningsutvalget, Bergen kommune

Førsteamanuensis Marit Halvorsen, Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo

Førsteamanuensis Alice Kjellebold, Høyskolen i Stavanger

Professor Kjell Erik Lommerud, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen

Opplæringsleder Odd Mandal, Kommunal Kompetanse

Fylkesmann Mona Røkke, Vestfold

Seniorrådgiver Valborg Ellen Sund, St. Olavs Hospital.

Konsulent Ottar Vist, Ressurscenter for omstilling i kommunene

Seniorrådgiver Sverre Engelschiøn og rådgiver Karl Olav Hovland har vært sekretærer for utvalget.

1.2 Regjeringens begrunnelse for oppnevningen av lovutvalget

Ved nedsettelsen av utvalget ble det i den kongelige resolusjonen uttalt om bakgrunnen for oppnevningen av utvalget og behovet for en harmonisering av regelverket for den kommunale sosial- og helsetjenesten:

"Bakgrunn

Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen og opptrappingsplanen for psykisk helse skjer det for tiden en betydelig satsing på omsorgsboli-

ger som alternativ til tradisjonelle alders- og sykehjem. Endringene er fortsettelsen på en utvikling som startet på 80-tallet med sykehjemsreformen, og fortsatte på 90-tallet, bl.a. med ansvarsreformen for utviklingshemmede. Utviklingen medfører at det tradisjonelle skillet mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester og mellom helsetjenester og sosialtjenester ikke er like tydelige som tidligere. Dette gjenspeiler seg i måten kommunene organiserer tjenestene på. De fleste kommunene har integrert institusjons- og hjemmetjenestene i én organisatorisk enhet, som yter både sosialtjenester og helsetjenester.

Et annet utviklingstrekk er at tjenestene har blitt mer differensierte og individualiserte. I løpet av 1990-tallet har kommunene fått ansvaret for nye brukergrupper med andre behov; personer med fysisk funksjonshemming, utviklingshemming, psykiske lidelser eller rusproblemer. Disse brukerne har ofte behov for både helsetjenester og sosialtjenester, og et godt samspill mellom disse tjenestene er avgjørende for å kunne gi nødvendig hjelp.

Lovverket og finansierings- og brukerbetalingsordningene er utformet med utgangspunkt i den tradisjonelle tjenestestrukturen og kan derfor være lite tilpasset utviklingen på dette området. Skillene i det statlige regelverket mellom helsetjenester og sosialtjenester og mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester svekker muligheten for gode og hensiktsmessige løsninger i kommunene.

I tillegg til behovet for å samordne regelverket for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, er det behov for et bedre harmonisert lovverk for hele den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Behovet for bedre harmonisering av lovverket

De statlige virkemidlene bør etter departementets vurdering innrettes slik at den kommunale helse- og sosialsektoren ses under ett. Regelverket bør sikre helhetlige tjenester gjennom felles prioriteringer og mål for helse- og sosialtjenestene. Regelverket skal være enkelt å forstå for brukerne og enkelt å praktisere for kommunene. Dagens system med atskilte lovverk for helsetjenestene og sosialtjenestene gjør det

vanskelig for brukerne å orientere seg om sine rettigheter og utøve rettighetene gjennom klageordningene. De enkelte bestemmelsene er spredt i 3 forskjellige lover; kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven, og er dermed vanskelig tilgjengelige. Kunnskap om egne rettigheter er et viktig bidrag til å styrke brukernes rettsikkerhet i deres møte med tjenesten.

Når det gjelder kommunenes kunnskap om regelverket, har tilsyn med helsetjenester til eldre (Fylkeslegen i Buskerud 2001) avdekket at kommunenes saksbehandlere har problemer med å holde oversikten over hvilke tjenestetilbud som skal vedtas med hjemmel i hvilken lov. Tilsynet avdekket at helsetjenester ofte hjemles i vedtak om tilbud etter sosialtjenesteloven og omvendt. For å bedre brukernes rettsikkerhet må regelverket for de kommunale helse- og sosialtjenestene etter departementets vurdering være oversiktlig og tilgjengelig for brukerne, tjenesteyterne og andre regelverksbrukere.

De kommunale helse- og sosialtjenestene kan ofte fremstå som fragmentariske og lite tilpasset brukerens behov. I 2001 gjennomførte Fylkeslegen i Troms tilsyn i alle 25 kommuner i fylket og kontrollerte blant annet hvordan kommunene sikrer helsetjenester til personer med psykiske lidelser og personer med utviklingshemning:

”Tilsynet avdekket at helsetjenesten er stykket opp i enkelttjenester og at ingen har hovedansvaret. Pasientene må selv melde sine behov der de tror de får hjelp. Det er ikke etablert henvisningsrutiner mellom deltjenestene. Pasienter kan være innskrevet i hjemmesykepleien uten at det blir tatt kontakt med andre deltjenester som fysioterapi eller helsesøstertjeneste, selv om pasienten har behov for det. Deltjenestene er ikke portåpnere eller veivisere inn i hjelpeapparatet. De har bare ansvar for sitt område.”

Det er grunn til å tro at slike åpenbart lite rasjonelle tilpasninger også gjør seg gjeldende i forholdet mellom helsetjenester og sosialtjenester, og innenfor sosialtjenesten. Utvikling av gode samarbeidsrutiner og kompetanse i forhold til ledelse og organisering er en forutsetning for et kvalitativt godt tilbud til brukerne. Lovverket som regulerer tjenestene bør imidlertid også legge til rette for bedre samarbeid og helhetlig tilnærming til de tjenester som skal ytes.

Ifølge en rapport utarbeidet av Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO, 2001) beskriver de utvalgte kommunene at det største problemet ved et delt lovverk er at lovverket i dag ikke gir ”drahjelp” i utviklingen av en

bedre balanse mellom de ulike kulturer i kommunenes helse- og sosialtjenester. Lovverket gir ikke en felles plattform som skaper tradisjoner for flerfaglig samarbeid. Harmonisering og bedre samordning av målformuleringene i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven med hensyn til forebygging og habilitering/rehabilitering er etter departementets oppfatning viktig for å sikre nødvendig balanse i tjenestetilbudet og en helhetlig tilnærming til brukernes behov.

Det har i de senere år skjedd en forskyvning av spesialiserte tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Eksempler på oppgaver som de senere år er overført til kommunene er omfattende tilbud til utviklingshemmede, pasienter med kroniske psykiske lidelser, samt i økende grad krevende medisinsk behandling som terminal pleie av kreftpasienter, dialyse og hjemmerespirator. I tillegg til dette vil et økende antall pasienter som er døende ha et ønske om å være i eget hjem og nærmiljø i livets aller siste fase. Statens helsetilsyn rapporterer at dette i mange tilfelle gir en oppgaveforskyvning internt i kommunene der hjemmehjelpen i mange situasjoner overtar de enklere pleiefaglige oppgavene som sykepleierne tradisjonelt har utført. Personellet utfører ofte oppgaver etter både sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven samtidig. Lovverket som regulerer disse tjenestene bør derfor legge til rette for bedre utnyttelse av ressursene i det samlede tjenestetilbudet, samtidig som de faglige standarder sikres på et forsvarlig nivå.

Kommunehelsetjenestens oppgaver fremgår av kommunehelsetjenestelovens § 1-3: helsefremmende og forebyggende arbeid gjennom miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste, opplysningsvirksomhet og fengselshelsetjeneste. I tillegg skal kommunehelsetjenesten sørge for diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte, medisinsk habilitering og rehabilitering og pleie og omsorg. For å løse disse oppgavene skal kommunen sørge for følgende deltjenester: allmennlegetjeneste (herunder fastlegeordning), legevaktordning, fysioterapitjeneste, sykepleie (herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie), jordmortjeneste, sykehjem eller boform for heldøgns pleie og omsorg og medisinsk nødmeldetjeneste. Etter sosialtjenesteloven har kommunene ansvar for sosiale tjenester som praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorg og omsorgslønn. Sosialtjenesten omfatter også økonomisk bistand og særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere. I tillegg omfatter sosialtjenesteloven

regler om rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Det forutsettes at utvalget ivaretar særskilte hensyn som gjør seg gjeldende innenfor disse innsatsområdene i sitt forslag til harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning.

Fire nye helselover trådte i kraft med virkning fra 1. januar 2001 (helsepersonelloven, psykisk helsevernloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven). Lovene regulerer helsetjenester i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, men samsillet mellom helsetjenester og sosialtjenester ble ikke avklart under utviklingen av de nye helselovene. I forhold til for eksempel pasientrettighetsloven medfører dette at de som mottar tjenester etter kommunehelsetjenesteloven, i enkelte tilfelle kan ha bedre utbygde rettigheter enn brukere som kun mottar tjenester etter sosialtjenesteloven, eller at brukeren har varierende rettigheter alt etter som hvilke tjenester hun eller han mottar. Utvalget må avklare forholdet til de nye helselovene, i særlig grad pasientrettighetsloven, i sitt forslag til harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning. Helsepersonelloven bør i utgangspunktet holdes utenfor utvalgets gjennomgang, fordi dette er en lov som er ment å ivareta autorisasjonsordningen for helsepersonell og andre spesielle hensyn i tilknytning til profesjonsutøvelsen.

I mange sammenhenger fremheves taushetsplikt som et hinder for nødvendig samarbeid til beste for brukerne. Personell som fatter vedtak og yter tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er underlagt forvaltningsmessig taushetsplikt. I tillegg er helsepersonell underlagt profesjonsbestemt taushetsplikt regulert i helsepersonelloven. Departementet legger til grunn at utvalget tar stilling til harmonisering av taushetspliktreglene i den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Utvalget bør se på helsepersonellovens taushetspliktreger for å vurdere om disse gir tilstrekkelig grunnlag for samarbeid mellom helse- og sosialpersonell under ytelse av sammensatte tjenester. I sine vurderinger skal utvalget blant annet også ta hensyn til personvernet og muligheten tjenestene har til å spørre brukeren om adgang til å utveksle opplysninger.

I sine vurderinger skal også utvalget ta hensyn til det samarbeid som skal skje mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å få til en mest mulig sammenhengende kjede av behandlingstiltak for pasientene. Det vises blant annet til at i henhold til lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3 skal helseperso-

nell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. I Ot. prp. nr. 66 (2000 – 2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetakloven) er kommunenes primærhelsetjeneste nevnt som en av de tjenestene som foretakene er avhengig av å ha gode samarbeidsrelasjoner med for å nå sine helsepolitiske målsettinger. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal også samarbeide tett med hensyn til utarbeidelsen av individuell plan. Det må derfor forutsettes at utvalget ikke kommer med forslag som svekker samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men forslag som kan bidra til å styrke dette samarbeidet.

Målet om et enklere regelverk bør være førende for utvalgets arbeid med spørsmålet om harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Hensynet til likebehandling og muligheten for et samordnet og helhetlig tjenestetilbud til den enkelte tjenestemottaker er grunnleggende for harmoniseringsspørsmålet. I tillegg tilsier hensynet til kommunenes selvstendighet og organisasjonsfrihet at det legges færrest mulig bindinger på kommunene. Forslag til regelverk bør derfor legge til grunn at kommunene som hovedregel skal stå fritt med hensyn til organisering av sine tjenester.”

1.3 Mandat

Utvalget fikk følgende mandat:

1. Utvalget skal utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.
2. Siktemålet med harmoniseringen er å:
 - sikre ensartet regulering av likeartede tjenester
 - sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov og bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre dette
 - hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer
 - forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner.
3. Utredningen må vurdere og ta standpunkt til om forslagene til harmonisering bør skje innenfor eksisterende lover eller i en ny felles lov for de kommunale helse- og sosialtjenester og utarbeide forslag til lovtekst.
4. Lovforslaget skal baseres på at:

- kommunene skal ha stor frihet til å velge organisering av sine tjenester, jf. Retningslinjer for fremtidig statlig regelverk rettet mot kommunesektoren (Kommunal- og regionaldepartementet, 2002)
 - det tas hensyn til behovet for og plikten til samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at dette samarbeidet ikke svekkes, men kan videre styrkes.
5. Utvalget skal legge til grunn de føringer som følger av rusreformen og St.meld. nr. 14 (2002-2003) om samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten.
 6. Utvalget skal utrede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av sine forslag i samsvar med Utredningsinstruksens kapittel 2. Minst ett av utvalgets forslag skal baseres på uendret ressursbruk.
 7. Utvalget skal legge frem sin innstilling innen ett år fra det oppnevnes.

I St. meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstjenestene punkt 5.2 går det frem at regjeringen ønsker å endre Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven slik at vedtak om plass i institusjon blir supplert med spesifiserte enkeltvedtak der det tjenestetilbudet konkretiseres. På bakgrunn av at forslaget berører sentrale problemstillinger i mandatet for lovutvalget, anmodet Sosialdepartementet ved brev 16.12.03 om at utvalget skulle vurdere forslaget som en del av sitt arbeid, dersom utvalget hadde mulighet for det.

Stortingets anmodningsvedtak nr. 63. Odelstinget behandlet 11. november 2003 Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) om lov om endringer i lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (rusreform II og rett til individuell plan). I samsvar med forslag fremsatt i inst. O. nr. 4 (2003-2004) s. 26 besluttet Stortinget å be Regjeringen sikre at brukerrettighetene er en sentral del av arbeidet med forenkling og harmonisering av den kommunale sosial- og helse-lovgivningen. Helsedepartementet orienterte utvalget om dette i brev av 23. januar, og ga uttrykk for en forutsetning om at Stortingets anmodningsvedtak ble ivaretatt av utvalget.

1.4 Arbeidet i utvalget og forholdet til andre utredninger

Utvalget hadde sitt første møte 23. april 2003 og sitt siste møte 16. – 17. september 2004. Til sammen har det vært avholdt 16 møter, hvorav to todagers-

møter. I forbindelse med utredningsarbeidet har det vært kontakt med Aaslandutvalget - som foretar en samlet gjennomgang av statlig tilsyn med kommunesektoren, Rattsutvalget - som har utredet ulike organisasjonsmodeller for samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten i kommunene, og Wisløffutvalget (samhandlingsutvalget) - som skal utrede bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. Utvalget har ikke hatt mulighet til å gå inn i og forholde seg til enkeltheter i forslagene fra disse utvalgene, men vi forutsetter at oppfølgingen av disse utredningene ses i sammenheng med nærværende innstilling. Utvalget var representert ved konferansen "Krenkelses i det lukkede rom – omsorg og makt", Øyer, 13. og 14. oktober 2003, SKURs temadag om individuell plan, Oslo, 1. mars 2004 og Nordisk seminar om kommunerettet tilsyn, Oslo, 8. og 9. mars 2004.

På utvalgsmøtet 3. september 2003 redegjorde professor Johans Sandvin (SKUR) for erfaringer med individuell plan, og 5. november 2003 redegjorde forsker Sturle Næss (Rokkansenteret UiB) for sin forskning knyttet til pleie- og omsorgstjenestene. På møtet 7. januar 2004 redegjorde kommunelege i Trondheim Helge Garåsen om samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten i Trondheim. På samme møte redegjorde rådgiver Harald Solbu for "Felles dør prosjektet" i Trondheim. 31. mars 2004 redegjorde Heidi Thorstensen (IKT-sikkerhetssjef ved Ullevål universitetssykehus HF) om bruk av IT som et verktøy for å ivareta taushetsplikten.

Utvalgets leder og sekretariat har hatt møter med Kommunenes sentralforbund og Norges handikapforbund om enkelte sider av utvalgsarbeidet. Sekretariatet har hatt møter med Norges sykepleierforbund og Statens råd for funksjonshemmede for gjensidig orientering.

Da utvalget ble oppnevnt, var det forutsatt at arbeidet skulle fullføres innen 21. mars 2004. Mandatet er imidlertid så omfattende at utvalget senere ba om og fikk utsettelse med levering først til 1. juli 2004, og deretter til 1. november samme år.

1.5 Begrepsbruk

Det har vært viktig for utvalget at lovspråket skal være forståelig og målbare et innhold som på en naturlig måte gjenspeiles i begrepene som benyttes. I den sammenheng fremstår det også som viktig at det ikke benyttes begreper som er egnet til å videreføre negative holdninger eller gi uriktige assosiasjoner. Begrepsbruken i sosial- og helse-sektoren kan til en viss grad hevdes å avspeile til

dels konkurrerende ideologiske innfalsvinkler til de ulike problemene. Det er derfor nødvendig i størst mulig utstrekning å benytte nøytrale begreper som ikke låser forståelsen i en uheldig eller kontroversiell retning. Det er således lagt vekt på å benytte begreper og en regelutforming som verken trekker i retning av at pasienten eller brukeren (tjenestemottakeren) skal fremstå som kunde eller forbruker som skal ivareta sine interesser i et marked, eller som en person som passivt mottar behandlings- og omsorgstiltak.

Et annet problem er at begreper som brukes for å karakterisere tjenestene etter Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven, i mange sammenhenger kan fremstå som unødvendig kompliserte eller vidtfavnende, eller med uavklart avgrensning i forhold til hverandre. Tidvis benyttes "pleie- og omsorgstjenester", andre ganger "sosial- og helsetjenester", "hjemmetjenester" eller "institusjonstjenester". Begrepene er ofte ikke helt entydige, ligner hverandre språklig og/eller innholdsmessig, og vil kunne brukes om hverandre. I et harmoniseringsperspektiv er det viktig at begrepene ikke sementerer eller bidrar til en bestemt struktur på omsorgs- og behandlingstilbudet, men avspeiler og adresserer tjenestemottakerens behov for et samlet og koordinert tilbud. Med dette utgangspunktet har utvalget lagt til grunn følgende begrepsbruk i lovutkastet:

Sosial- og helsetjenester:

Tjenester, herunder økonomisk stønad og andre ytelser som gis etter utvalgets lovforslag, både tjenester som mottakere har rettskrav på, og ytelser som gis uten slik rettsplikt for kommunen. Disse tjenestene kan ha forebyggende, undersøkende, rådgivende, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og kan gis av kommunen eller etter avtale med denne.

Tjenestemottaker:

Den som tjenesten gis til eller tar sikte på å hjelpe, eller som søker om en tjeneste. Begrepet omfatter således personer fra det øyeblikk vedkommendes situasjon blir gjort til gjenstand for utredning eller formell saksbehandling. (Erstatter begrepene bruker, klient, pasient og tilsvarende som benyttes i Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven)

Nærmeste pårørende:

Den som tjenestemottaker oppgir som nærmeste pårørende. Dersom tjenestemottaker er ute av

stand til å oppgi nærmeste pårørende, legges til grunn at nærmeste pårørende er den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med ham eller henne, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: Ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med tjenestemottaker, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre som står ham eller henne nær. Det avgjørende kriterium er hvem som har den nærmeste og mest omfattende kontakt med tjenestemottaker. Den rangerte listen kommer bare til anvendelse der det ikke uten videre er klart hvem dette er.

Tjenesteyter:

Person, organ eller institusjon som yter tjenester eller treffer vedtak etter loven her, enten i kraft av tilsettingsforhold i kommunen, eller etter avtale med denne. Begrepet omfatter således også tjenester gitt av private i den grad de utøver funksjoner på grunnlag av avtale med kommunen.

I innstillingen har utvalget ellers lagt til grunn følgende forståelse av sentrale begreper:

Helsetjenester:

Med helsetjenester menes primært de tjenester som i dag omtales i Kommunehelsetjenestelovens § 1-3, herunder kommunale lege-, sykepleie-, fysioterapi-, og ergoterapitjenester. Begrepet brukes tidvis mer generelt, og svarer innholdsmessig til begrepet helsehjelp slik det er definert i Pasientrettighetsloven § 1-3 c). Med helsehjelp menes handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell. Se også Helsepersonelloven § 3 tredje avsnitt.

Sosialtjenester:

Med dette menes tjenester etter Sosialtjenesteloven, herunder økonomisk stønad.

Pleie- og omsorgstjenester:

Pleie- og omsorgstjenestene omfatter de tjenester som i dag er regulert i Sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a – e, og hjemmesykepleie, inklusive psykisk helsetjeneste, sykehjem eller boform med hel-døgns omsorg og pleie, samt rehabilitering i og utenfor institusjon, jf. i dag Kommunehelsetjenesteloven § 1-3.

Hjemmetjenester:

Hjemmesykepleie og praktisk bistand som ytes i private hjem.

Institusjon:

Begrepet brukes som en samlebetegnelse på aldershjem, sykehjem, og boliger med heldøgns

omsorg og/eller pleie (herunder aldershjem, barneboliger og privat forpleining), jf. i dag Sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d og Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre avsnitt nr. 6.

Kapittel 2

Sammendrag – utvalgets anbefalinger

Utvalgets mandat er å utrede og foreslå tiltak for bedre harmonisering av de kommunale helse- og sosialtjenestene. Mandatet er således primært knyttet til de tjenestene som i dag er regulert i Kommunehelsetjenesteloven, Sosialtjenesteloven og forskrifter gitt med hjemmel i disse. Utvalgets mandat omfatter ikke organiseringen av andre tjenester med berøringsflate mot disse to saksområdene, verken kommunale tjenester som barnevern og grunnskole, eller statlige spesialisthelsetjenester. Men det ligger i mandatet at *samhandlingen* med andre tjenester skal utredes.

Begge disse lovene favner vidt og tjenestene har i betydelig grad berøringspunkter med hverandre og med andre kommunale og statlige tjenester. Lovene er primært *resultatorientert*. Etter Kommunehelsetjenesteloven skal kommunen sørge for at innbyggernes behov for nødvendige helsetjenester dekkes *på en forsvarlig måte*. På tilsvarende måte følger det av Sosialtjenesteloven at kommunen skal sørge for at behovet for nødvendige sosiale tjenester dekkes på en forsvarlig måte. Kommunens ansvar omfatter som hovedregel alle som oppholder seg i kommunen.

Utvalget har valgt å benytte begrepet tjenestemottaker som en felles betegnelse på den som tjenesten gis til eller tar sikte på å hjelpe, eller som søker om en tjeneste. Begrepet er ikke ment å være uttrykk for at vedkommende skal inneha en passiv funksjon, men avspeiler det sentrale poeng i relasjonen med kommunen – det ytes én eller flere tjenester til en person som mottar disse. "Tjenestemottaker" erstatter begreper som *bruker, klient, pasient* og så videre som i dag benyttes i sosial- og helsetjenesten.

Utredningens kapittel 3 er en kortfattet redegjørelse for gjeldende rettslig situasjon, med hovedfokus på forhold som etter utvalgets oppfatning er viktige i henhold til mandatet. En velfungerende kommunal sosial- og helsetjeneste er i stor grad avhengig av helhetlig tilnærming og tverrsektorielt samarbeid. Kommunen har ansvar for å sørge for tjenestene, uavhengig av kommuneøkonomien. Kommuneloven legger opp til et system med relativt stor frihet til å organisere tjenestene slik at de er best mulig tilpasset lokale forhold,

prioriteringer og behov. En hovedmålsetting med utformingen av lovverket om sosial- og helsetjenester i kommunene må være å legge til rette for en mest mulig rasjonell og samordnet organisering av tjenestene i den enkelte kommune. Tjenestene kan organiseres ved at kommunen selv driver virksomheten eller inngår avtale om slik drift med andre. Adgangen til å utøve forvaltningsmyndighet, herunder fatte enkeltvedtak om hvilke tjenester som skal gis den enkelte tjenestemottaker, kan imidlertid ikke delegeres til private rettssubjekter, og utvalget forutsetter at det ikke er aktuelt å foreta noen endring på dette punkt.

Kapittel 4 i utredningen omhandler det internasjonale perspektivet i sosial- og helselovgivningen. Et norsk regelverk eksisterer ikke upåvirket av internasjonale rammer og andre lands lovgivning. Folkerettslige forpliktelser forutsetter lojal oppfyllelse. Staten er ansvarlig for dette og skal sørge for praktisk gjennomføring, herunder i kommunene. Stortinget ga ved vedtagelsen av Menneskerettsloven i 1999 uttrykk for et ønske om å gjøre menneskerettighetene tydeligere i norsk rett. Norske myndigheter var også før denne tid forpliktet til å følge ratifiserte konvensjoner, men lovvedtaket innebar at Den europeiske menneskerettskonvensjonen, FN-konvensjonene om sivile og politiske rettigheter og økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter fikk en sterkere stilling. Etter lovendring 1. august 2003 fikk også Barnekonvensjonen en klarere og rettslig sett vesentlig sterkere stilling i norsk rett. Det foreligger også nordiske avtaler og et EU-regelverk som er av betydning i denne sammenheng. De internasjonale forpliktelsene forutsettes ivaretatt i utvalgets forslag til lovtekst.

Kapittel 5 går grundigere inn på harmoniseringsproblematikken. Et relativt stort antall personer mottar til samme tid tjenester som er hjemlet i både Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Det kan i praksis være vanskelig å samordne disse tjenestene på en måte som sikrer et helhetlig tilbud i samsvar med den enkeltes behov, gjør det tilstrekkelig enkelt for tjenestemottakeren å forholde seg til det tjenesteytende apparat, og samtidig organisere disse på en faglig og kostnadsmessig effektivt måte. Et grunnvilkår for å

kunne imøtekomme disse behovene bedre er et enhetlig og samordnet regelverk for disse tjenestene. Dette kan etter utvalgets mening best oppnås ved en felles lov om de kommunale sosial- og helse-tjenestene, samt bestemmelser i denne om sam-handling med andre tjenester – kommunale og statlige. En slik felles lovgivning, kombinert med et felles system for faglig tilsyn og kontroll, vil også gjøre faglige og politiske ansvarsforhold tydeligere og mer oversiktlig.

Utvalget har vurdert tre alternative modeller for en bedre harmonisering av lovverket:

En modell er å videreføre dagens system med to lover, men i harmoniserte utgaver. Ved en slik løsning vil det primære være å harmonisere reglene om taushetsplikt, klage og tilsyn. Reglene må innholdsmessig være like, slik at lovene regulerer parallelle problemstillinger likt.

En annen mulig modell er en felles lov for den kommunale sosial- og helsetjenesten som bare omfatter organisering av tjenestene og hvilke tjenester kommunen skal være forpliktet til å yte, kombinert med en ny sosialpersonellov på linje med Helsepersonelloven, alternativt at Helsepersonelloven endres til også å omfatte sosialpersonell. En slik modell forutsetter at den enkelte tjenestemottakers rettigheter og krav til tjenesteutøvingen reguleres særskilt, eventuelt som en endring av Pasientrettighetsloven til også å omfatte mottakere av sosiale ytelser.

Det tredje alternativet, som utvalget anbefaler, er å erstatte dagens to lover med en felles harmonisert kommunal sosial- og helsetjenestelov som regulerer kommunenes ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakernes rettigheter, beslutningsprosess og klageadgang. Hovedformålet med en felles lov er å etablere et regelverk som er oversiktlig og lett å bruke og forstå for både tjenestemottakere og tjenesteytere. Det er videre en viktig målsetting å hindre ulikheter i regelverket eller i praktiseringen av dette som skaper vansker for samordning av, og samhandling mellom, de ulike tjenestene. Her er det en utfordring å unngå at loven blir for stor og uoversiktlig, eller så abstrakt, generell eller teknisk at det blir vanskelig å utlede klare rettslige virkninger av reglene for andre enn trenede jurister.

Utvalget vil understreke at bedre samspill mellom tjenestene ikke utelukkende kan løses med rettslige virkemidler. Regelharmonisering må følges opp med andre statlige virkemidler, herunder en enhetlig og tjenestetypenøytral finansieringsmodell. Endringer i regelverket vil imidlertid være viktige forutsetninger for å oppnå for enklere og bedre samhandling på tvers av tjenestestrukturene.

Etter utvalgets oppfatning er det også grunn til å vurdere om dagens Barnevernlov i neste omgang bør integreres i en slik ny sosial- og helsetjenestelov, men dette ligger utenfor mandatet. Utvalget vil også påpeke at kan det være spørsmål om ikke alle regler om bruk av tvang og makt i sosial- og helse-tjenestene burde samles i en felles lov.

Utvalgets medlem Mandal gir, som en særmerknad, uttrykk for at best mulig harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivning også må innebære at staten overtar ansvaret for økonomisk stønad til livsopphold og stønad i særlige tilfeller, jf. Sosialtjenesteloven §§ 5-1 og 5-2. Mandal mener at en slik løsning best samsvarer med den målsetting som er grunnlaget for utvalgets mandat, og han foreslår derfor at utvalget ikke fremmer forslag om bestemmelser om denne type stønad i utkastet. Utvalgets øvrige medlemmer har valgt ikke å gå inn i denne diskusjonen.

I utredningens kapittel 6 drøfter utvalget noen sentrale verdier som sosial- og helsetjenestene må respektere og ta sikte på å fremme. Utvalget understreker betydningen av at det i utgangspunktet ikke er et symmetrisk forhold mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Graden av asymmetri i forholdet vil variere, men et gjennomgående trekk er at mottakeren i stor grad er avhengig av ytelsene fra hjelpeapparatet og dermed av tjenesteyteren. Utvalget anser det derfor som særlig viktig å understreke at den kommunale sosial- og helselovgivning skal bygge på respekt for menneskeverd og selvbestemmelsesrett, og at tildeling og gjennomføring av tiltak og tjenester skjer i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper hvor tjenestemottaker gis en reell mulighet til å påvirke de beslutninger som tas. I denne sammenheng vil utvalget særlig understreke betydningen av at tjenestemottakerne medvirker ved utformingen av tjenestetilbudet og når dette gis, og at det legges til rette for at tjenestemottakerne i størst mulig grad gis ansvar for og mulighet til å bestemme over og mestre sin egen livssituasjon, jf. utkastets § 1-4 nr. 1.

I dette kapitlet er det også presisert at det er et overordnet mål at tjenestetilbudet er helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset, og holder et faglig forsvarlig nivå. Det er videre et mål at tilbudet av sosial- og helsetjenester er likeverdig for alle, uavhengig av bosted, inntekt, status og kjønn, og at den enkelte tjenestemottaker får medvirke både i beslutningsprosessen og ved gjennomføring av hjelpen. Det kommunale tjenestetilbudet skal dekke og være tilpasset behovene til alle innbyggere i kommunen, enten de er gamle, har funksjonsnedsettelse, psykisk lidelse, et alvorlig rus-

middelproblem eller er døende. Tjenestene skal være faglig forsvarlige og utformes med utgangspunkt i den enkeltes individuelle behov, ikke på grunnlag av individuelle kategoriseringer som kjønn, etnisitet, funksjonsnedsetting og så videre.

Tjenestetilbudet begrenses av ressurstilgangen, både når det gjelder økonomi, personell og materiell. Tilstrekkelige ressurser er en viktig forutsetning for å kunne yte gode tjenester. Utvalget peker imidlertid på at også verdier, kultur og holdninger i sektoren, og måten denne er organisert på, i stor grad påvirker kvaliteten på arbeidet som blir utført. Tjenestemottakerne er i stor utstrekning personer i en livssituasjon som gjør det vanskelig for dem å ivareta sine interesser gjennom politiske prosesser, og vil i mange sammenhenger heller ikke ha forutsetninger for å vurdere kvalitene av det tilbud som gis. Krav om faglige minstandarder er derfor nødvendig for å sikre at det blir stilt til rådighet de ressurser som er nødvendig for å oppfylle faglige og etiske minstandarder.

Rettsregler gir, implisitt eller eksplisitt, uttrykk for hvilke verdier lovgiver legger vekt på og ønsker å fremme. Endrede eller nye regler kan påvirke adferden til kommunal administrasjon, både ved de verdi- eller holdningsmessige signaler de gir, og ved å legge forholdene bedre til rette for en faglig og etisk forsvarlig og samordnet vurdering av tjenestemottakerens behov og hvordan dette best kan avhjelpes. Den rettslige reguleringen kan i denne sammenheng bidra til å sikre at den som har behov for sosial- og helsetjenester, får tilgang til disse, at tjenestetilbudet er helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset, og at den enkelte får medvirke ved utforming og gjennomføring av tjenestene. Videre kan den rettslige reguleringen sikre forutberegnelighet og at personer med likeartede behov skal få et mest mulig likeverdig tilbud, samt bidra til å gjøre vurderingstema og beslutningsprosess mer oversiktlig for tjenesteyteren og beslutningstakere.

I utvalgets forslag til lovtekst kommer de sentrale verdiene til uttrykk ikke bare i formålsbestemmelsene, men også for eksempel i bestemmelsene om hvordan tjenestene skal ytes, og om rett til ytelse og taushetsplikt. Disse verdiene er fra utvalgets side ment å legge klare føringer for tolkingen av alle delene av utkastet.

Kapittel 7 omhandler avgjørelser, vedtak og klage. I den kommunale sosial- og helsetjenesten blir det fattet en stor mengde avgjørelser eller beslutninger. I dag gjelder det til dels ganske ulike regler for saksbehandling, overprøving og kontroll med slike avgjørelser. Dette er en alvorlig hindring mot harmonisering og samordning av det kommu-

nale tjenestetilbudet, og utvalget foreslår et felles regelsett for disse tjenestene, med utgangspunkt i Forvaltningslovens regler om avgjørelser som er bestemmende for enkeltpersoners rettigheter og plikter – enkeltvedtak.

De avgjørelsene som treffes av den kommunale sosial- og helsetjenesten, vil ofte være av svært stor betydning for tjenestemottakers velferd og livssituasjon. Det er derfor viktig at både regelverket og praktiseringen av dette avspeiler at vi her har å gjøre med viktige rettssikkerhetsspørsmål. Dette er et synspunkt som også må være styrende for utformingen av regler om rett til å få overprøvd avgjørelser som er tatt. Adgang til å klage på feil og mangler ved offentlig tjenesteyting er en viktig del av borgerens rettssikkerhet i en moderne velferdsstat. I dette ligger også en forutsetning om at det må være overprøvningsregler som inngir tillit og som håndheves effektivt. Dette gjelder både saksbehandlingsregler som skal sørge for at personer som henvender seg til sosial- og helsetjenesten får fastsatt om de har rettigheter, og det gjelder de materielle bestemmelsene som skal sørge for at rettigheten blir gjennomført.

I St. meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstjenestene punkt 5.2 går det frem at regjeringen ønsker å endre Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven slik at vedtak om plass i institusjon blir supplert med spesifiserte enkeltvedtak der det tjenestetilbudet tjenestemottakeren skal få blir konkretisert. I Innst. S. nr. 163 (2003 - 2004) om bedre kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten gir stortingskomiteen uttrykk for å støtte forslaget om at det skal fattes enkeltvedtak om de enkelte elementer i tjenesten ved tilde-ling av plass i sykehjem.

Utvalget forstår det slik at tjenestemottakers rettigheter ikke behøver forankres i flere spesifiserte enkeltvedtak om enkeltelementer i tjenestetilbudet. En slik oppdeling av beslutningsprosessen og en eventuell overprøving av det vedtak som treffes, vil passe dårlig hvis målet er å legge forholdene til rette for en mest mulig samlet og enhetlig vurdering av tjenestemottakers behov. Utkastets fokus er i tråd med dette rettet mot helhetlige, individuelt tilpassede og faglig forsvarlige løsninger, uten at dette uten videre knyttes opp til formelle vedtak om bestemte typer tjenestetilbud eller høy spesifiseringsgrad i selve vedtaket (se kapittel 8). I denne forbindelse skal også bemerkes at oppfyllelsen av krav om mer spesifiserte enkeltvedtak fort vil kunne få preg av vage og standardiserte tilbud fra kommunen, uten grunnlag i individuell faglig vurdering. Utvalget er således av den oppfatning at en mer utpenslet spesifisering av tjenestetilbudet i

form av flere enkeltvedtak ikke vil være egnet til å bedre tjenestemottakers stilling. Spesifikasjonen av det tilbudet som skal gis, bør i stedet komme til uttrykk i ett enkeltvedtak om det samlede tilbud som skal gis, og i individuell plan om slik skal utarbeides. I tillegg bør det stilles generelle kvalitetskrav i forskrifts form, som for eksempel gjeldende kvalitetsforskrift.

I tilknytning til forslag om rett til individuell plan for tjenestemottakere med langvarige og sammensatte tjenestebehov (se kapittel 10) foreslår utvalget å benytte "samlet vedtak" som uttrykk for det tjenestetilbud som gis. Et slikt vedtak skal angi det samlede tjenestetilbudet som tjenestemottakeren får fra kommunen. Samlet vedtak er ikke bare en rettighet for tjenestemottaker når visse vilkår er oppfylt. Det er også ment som et viktig verktøy for å koordinere tjenestene og gi en helhetlig oversikt over de tilbudene som skal gis, og kan derfor benyttes også når det ikke er tale om et så komplekst eller langvarig forhold at det foreligger rettsplikt for kommunen til å utarbeide individuell plan. Et slikt samlet vedtak kan også gi ryddigere og mer helhetlig saksbehandling og klagebehandling. Det vil også kunne være situasjoner hvor tjenestemottaker opplever sin situasjon som uoversiktlig og lite forutberegnlig, selv om det ikke er noe egentlig samordningsbehov fra kommunens side. Det foreslås derfor at tjenestemottaker som mottar flere tjenester alltid kan kreve et slikt samlet vedtak, uavhengig av om vilkårene for å kreve individuell plan er oppfylt. Forslaget til bestemmelser om individuell plan og samlet vedtak vil etter utvalgets vurdering bidra til å sikre helhetlige tilbud til tjenestemottakere med sammensatte og langvarige behov, og bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre dette. Utarbeidelsen av slike planer, og tilhørende samlet vedtak, vil på kort sikt kunne medføre et ikke ubetydelig merarbeid for enkelte kommuner, men etter utvalgets vurdering vil dette på sikt bli oppveid ved de administrative gevinster som springer ut av et mer helhetlig og samordnet grep på tjenestetilbudet.

Utvalgets forslag innebærer en forenkling i klagereglene ved at alle vedtak om tildeling av tjenester etter utkastet kan påklages til én instans, som etter utvalgets vurdering bør være fylkesmannen. Det samme gjelder andre avgjørelser truffet av kommunen om oppfyllelse av plikter etter Pasientrettighetsloven. Etter dagens regelsett er klageordningene regulert i tre forskjellige regelverk med ulike og til dels overlappende regler. Kommunen skal som nå foreta de undersøkelser klagen gir grunn til, før klagen sendes til fylkesmannen, og kan oppheve eller endre vedtaket hvis den finner

grunn til det, jf. Forvaltningsloven § 33. Men det kan være avgjørende at dette ikke medfører at klagesaken trekker ut, og utvalget forslår derfor at kommunen uansett skal oversende klagen til fylkesmannen hvis klagen ikke er ferdigbehandlet innen fire uker etter at den er fremsatt.

Når det gjelder spørsmålet om omfanget av fylkesmannens prøving av et påklagd vedtak, er utvalget delt. Et mindretall mener at prøvingstemaet bør være om avgjørelsen er innholdsmessig lovlig og er blitt truffet på lovlig måte. I denne lovlighetskontrollen ligger også en vurdering av om vedtaket oppfyller de krav om faglig forsvarlighet som er stilt i medhold av sosial- og helselovgivningen, og ikke er uforholdsmessig belastende for tjenestemottaker. Videre skal klageorganet vurdere om vedtaket er truffet av rett person eller organ, og for øvrig bygger på betryggende saksbehandling, korrekt faktum og en forsvarlig skjønnsutøving. Utvalgets flertall foreslår at fylkesmannen skal ha anledning til å prøve alle sider av vedtaket på lik linje med det som ellers gjelder ved klagebehandling, jf. Forvaltningsloven § 34, andre avsnitt. Ved prøving av forvaltningsskjønnet skal det imidlertid, i samsvar med Forvaltningsloven § 34, andre avsnitt, siste setning, legges vekt på hensynet til det kommunale selvstyret. Det følger ellers av Kommune-loven § 59 at fylkesmannen også av eget tiltak kan ta opp vedtak om tjenester og stønad etter loven her til lovlighetsprøving.

Kapittel 8 gjelder retten til individuelt tilpassede og faglig forsvarlige tjenester. Utgangspunktet er her kommunens plikt til å sørge for nødvendig sosial- og helsehjelp. Den som fyller vilkårene etter Kommunehelsetjenesteloven eller Sosialtjenesteloven, har *rettskrav* på nødvendig hjelp fra kommunen. Dette videreføres i utvalgets forslag. Med rettskrav menes i denne sammenheng at tjenestemottaker kan kreve at fylkesmannen pålegger kommunen å oppfylle sin ytelsesplikt, og at han eller hun om nødvendig kan bringe saken inn for domstolene som kan gi dom for at plikten til å gi en tjeneste skal oppfylles. Det er her tale om rettslige forpliktelser som kommunen – på samme måte som i forhold til kontraktsparter eller ved erstatningssansvar - ikke kan unndra seg under henvisning til manglende budsjettmessig dekning.

Forslaget viderefører prinsippet om at kommunene skal stå fritt til å organisere tjenestene slik at de er best mulig tilpasset lokale prioriteringer og behov. Kravet i dagens lovverk om at tjenestetilbudet skal være faglig forsvarlig og tilpasset den individuelle tjenestemottakers behov, videreføres. Forslaget legger vekt på understreke kravet om at den enkelte tjenestemottakers behov må møtes gjen-

nom individuelle, differensierte og helhetlige løsninger. For å sikre et fleksibelt og samordnet tjenestetilbud for tjenestemottakerne, foreslås det at de rettslige skillene mellom tjenester i og utenfor institusjon fjernes helt.

Forslaget inneholder også en bestemmelse om adgangen for kommunen til å stille vilkår for at ytelser skal gis. Bestemmelsen innebærer en sammenfatning og klargjøring av gjeldende rett når det gjelder adgang til å stille vilkår overfor tjenestemottaker som mottar sosial- eller helsetjenester, men innebærer i tillegg en tydeliggjøring av at bruk av dette virkemidlet først er aktuelt når mottakeren ikke på frivillig grunnlag er villig til å gjøre det nødvendige for å opprettholde, gjenopprette eller styrke sin forsørgelses- eller funksjonsevne.

Kapittel 9 har overskriften "Kartlegging, medvirkning, dokumentasjon, samtykke og informasjon". Hensynet til tjenestemottakerens autonomi og integritet har stått sentralt i den senere tids utvikling innen sosial- og helsesektoren. Dette er ikke bare en grunnleggende etisk verdi. I økende grad er det erkjent at et tillitsfullt samarbeid mellom sosial- og helsetjenesten og tjenestemottakeren er avgjørende viktig for å oppnå gode resultater.

Kartlegging, medvirkning, samtykke og informasjon er fire viktige elementer som er nært knyttet til hverandre og til målsettingen om å ivareta tjenestemottakerens autonomi og integritet, og således begrense asymmetrien i forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Kartlegging er en forutsetning for å kunne vurdere om, og eventuelt hvilke, tjenester som skal ytes. Medvirkning er et viktig element i kartleggingen, og informasjon er en forutsetning for å kunne medvirke. Retten til medvirkning og retten til informasjon er videre nært knyttet til samtykke som forutsetning for tjenesteyting.

For å kunne yte forsvarlig sosial- og helsehjelp og dokumentere hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete handlinger, er det en forutsetning at opplysningene nedtegnes. Dokumentasjon er også en forutsetning for effektiv kommunikasjon mellom dem som har medansvar for oppfølging av tjenestemottakeren på en faglig forsvarlig måte, og som grunnlag for kommunikasjon med tjenestemottaker. Dokumentasjonen har også en viktig funksjon ved internkontroll, tilsyn, ved eventuelle klage- og erstatningssaker, evaluering og endring av tjenestetilbudet.

Økt vektlegging av personlig integritet og likeverdighet er i første rekke uttrykk for grunnleggende etiske og menneskerettslige verdier. Et slikt

vern kan ikke baseres utelukkende på formell selvråderett. En ensidig fokusering på medvirkning og samtykke vil kunne utydeliggjøre det ansvar kommunen og den enkelte tjenesteyters har for å oppfylle sentrale faglige og etiske krav til tjenesten og omsorgen for den enkelte tjenestemottaker. Det er avgjørende at rettighetene til den relativt store gruppen med redusert kompetanse og evne til egenomsorg og til å ivareta sine rettigheter ivaretas på en tilfredsstillende måte. Et strengt krav om medvirkning og selvbestemmelse vil kunne fungere som ansvarsfraskrivelse for tjenesteyter og kommunen. Utvalget presiserer viktigheten av at faglige vurderinger skal foretas av kompetente fagpersoner, og ikke overlates til mottaker. Dette er ønskelig for å sikre forsvarlig ressursforvaltning. Det er ikke noen svekkelse av tjenestemottakers selvbestemmelsesrett, men et nødvendig supplement til denne for å hindre at noen av de mest hjelpetrengende ikke får det tilbudet de må ha. Utvalget foreslår i hovedsak å videreføre dagens regler om krav til medvirkning, samtykke og informasjon, men presiserer kommunens og tjenesteyters ansvar for faglig kvalitet og tilstrekkelig omfang på de tjenester som gis, slik dette i dag kommer til uttrykk i Pasientrettighetsloven.

Videre foreslås det å utvide kravene om journalføring og dokumentasjon som i dag er begrenset til helsepersonell, til også å gjelde sosialtjenestepersonell. Felles regelverk med hensyn til dokumentasjonsplikt er et nødvendig grunnlag for effektiv informasjonsutveksling mellom ulike yrkesgrupper med et ansvar for ulike elementer i det samlede tjenestetilbudet.

I kapittel 10 presenteres utvalgets forslag til regler om individuell plan. Individuell plan er ment som et redskap for å sikre at personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og er et viktig omdreiningspunkt for flere av utvalgets forslag.

Utvalget ser individuell plan som et viktig virkemiddel for å ivareta selvbestemmelse og innflytelse for tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov. Individuell plan skal bidra til at kontakten med tjenesteapparatet styrkes, at tjenestemottakeren sikres trygghet og forutsigbarhet, samt at tjenestene blir utformet ut fra den enkelte tjenestemottakers individuelle behov. I tillegg skal individuell plan også være et verktøy for samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer og mellom ulike etater og sektorer. Individuelle planer kan også være egnet til å avklare ansvarsforhold, samordning, koordinering og samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. Videre skal arbeidet med indivi-

duell plan bidra til å styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne og tjenestemottaker og eventuelt pårørende. Det er et mål at arbeidet med individuell plan skal føre til mer langsiktig og helhetlig tenking i forhold til tjenestemottakere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, slik at den enkelte sikres trygghet og forutberegnelighet og et tilbud som er samordnet mellom tjenester og sektorer. Individuell plan tydeliggjør de enkelte tjenesteyteres og tjenestemottakerens ansvar og kan også bidra til å hindre ansvarsfraskrivelse eller svarteperspill mellom tjenester og sektorer.

Utvalget foreslår at en ny lov skal inneholde generelle bestemmelse om individuell plan. Et flertall i utvalget mener at kommunen må ha plikt til å utarbeide en slik plan for alle tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tilbud. En individuell plan har sin hovedverdi som den enkeltes plan og det ideelle er at arbeidet med en slik tas opp etter initiativ fra eller i tett samarbeid med vedkommende tjenestemottaker. Mange av de som har behov for omfattende hjelpetjenester, er imidlertid så vidt svekket at de ikke vil kunne stille krav om individuell plan. Flertallet foreslår derfor at kommunen har en plikt på eget initiativ til å utarbeide individuell plan for de som fyller vilkårene. I tråd med synet som utvalget har gitt uttrykk for i kapittel 6 om verdier, herunder viktigheten av at tjenestemottakers rett til medbestemmelse og personlig integritet tillegges vekt, skal individuell plan imidlertid ikke utarbeides hvis vedkommende motsetter seg dette.

Ett av utvalgets medlemmer, Birgitte Gullestad, foreslår at individuell plan bør lovfestes som en rettighet for tjenestemottaker som krever dette, men at det ikke pålegges kommunen en selvstendig plikt til å utarbeide en slik, hvis det ikke er satt frem krav om dette. Dette medlem fremholder at det er tjenestemottakers behov og mål som må være i fokus, ikke kommunens plikt til, eller behov for, å samarbeide. Individuell plan har sin hovedverdi som tjenestemottakers plan, ikke som et faglig verktøy.

Utvalget foreslår videre å lovfeste en plikt for kommunen til å utpeke en person som tjenestemottaker kan forholde seg til når det skal utarbeides eller foreligger en individuell plan (planansvarlig). Den planansvarlige skal påse at planen til enhver tid er faglig forsvarlig, oppdatert og tilpasset tjenestemottakerens behov og situasjon, se utkastet § 3-6. Tjenestemottakeren og hans eller hennes pårørende skal kunne henvende seg til planansvarlig i alle saker som angår tilbudet til vedkommende.

Forholdet mellom første og andrelinjetjeneste er omhandlet i kapittel 11. Stadig flere har behov

for tilbud som forutsetter samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene. Det er i mange sammenhenger viktig for kvaliteten av tilbudet til den enkelte at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede med et helhetlig tilbud. Det har i flere sammenhenger blitt uttalt at samhandlingen i dag ikke er tilfredsstillende, jf. også mandatet.

I september 2003 ble det nedsatt et utvalg for å utrede mulighetene for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. Utvalget ledes av rådmann Nils Fredrik Wisløff, Drammen kommune (Wisløffutvalget). Det fremgår av Wisløffutvalgets mandat at hovedmålet er å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Wisløffutvalgets mandat har en nær berøringsflate til dette utvalgets mandat, og spørsmålet om samhandling på tvers av nivåene er derfor ikke uttømmende behandlet i nærværende utredning. Utvalget har sett på enkelte forhold som anses viktige i en harmoniseringsammenheng og på hvordan regelverket kan utformes slik at forholdene legges best mulig til rette for samhandling på tvers av forvaltningsnivåene, se nedenfor. Spørsmålet om hvordan slik samhandling mer konkret kan organiseres, forutsettes vurdert av Wisløffutvalget.

Utvalget peker på at et utstrakt samarbeid på tvers av fagområder og forvaltningsnivåer er en forutsetning for en forsvarlig ressursbruk og en faglig forsvarlig og respektfull behandling av tjenestemottakere. Arbeid med individuelle planer for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenestetilbud, er et viktig verktøy i dette samarbeidet. Utvalget mener videre at hovedlinjene i ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene bør fastsettes i lov, mens den nærmere konkretisering av ansvarsforholdene bør skje i forskrift. Det er viktig å utvikle gode samarbeidsrelasjoner der partene oppfatter seg som jevnbyrdige. Etter forskrift om utskrivningsklare pasienter definerer sykehuset nå ensidig om pasienten er utskrivningsklar, og fastsetter dermed når betalingsplikten inntreffer for kommunen, jf. § 4. Etter utvalgets oppfatning bør denne og lignende vurderinger være noe som helseforetaket og kommunen avgjør i fellesskap. I tilknytning til dette, bør det også vurderes om det er behov for et en mer utpenslet regulering av ansvarsdeling og prosedyrer for samhandling i grenselinjen mellom første- og andrelinjetjenesten, som for eksempel krav om at arbeidet med individuell plan er påbegynt før tjenestemottaker utskrives fra andrelinjetjeneste, hvis det er behov for oppfølging ved en slik.

Kapittel 12 omhandler taushetsplikt og personvern. Sensitiv informasjon om enkeltpersoners personlige forhold utgjør ofte et vesentlig element i beslutningsgrunnlaget for den kommunale sosial- og helsetjenesten. For å kunne utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte, må personellet ha tilgang til slike opplysninger. Men her må det finnes en forsvarlig balanse mellom legitime faglige hensyn og personvern hensyn. Tillit er grunnleggende for en velfungerende samhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Et effektivt taushetsvern for opplysninger om tjenestemottakers personlige forhold er en viktig forutsetning for et slikt tillitsforhold, og et prinsipp som står sentralt i tjenestene.

En frykt i befolkningen for uønsket informasjonsspredning fra sosial- og helsetjenestene vil kunne utgjøre et alvorlig problem for tilliten til disse tjenestene. Dersom tjenestemottakere unnlater å ta kontakt, holder tilbake eller oppgir feilaktig informasjon av frykt for at opplysninger skal komme på avveie, vil dette utgjøre en brist i tjenestenes formålsoppfyllelse. Tilbakeholdelse av opplysninger vil kunne medføre et mangelfullt og til dels feilaktig beslutningsgrunnlag, som igjen kan føre til uheldige følger for tjenestens innhold.

Det må derfor være en grunnleggende forutsetning at personell i de kommunale sosial- og helsetjenestene bare skal ha tilgang til opplysninger som er nødvendig for å utføre sine arbeidsoppgaver ("need to know-prinsippet"). Slik tilgang skal ha grunnlag i konkrete vurderinger av det faglige behovet. Vurderingen vil ofte innebære at den tilsattes opplysnings-tilgang skal være begrenset til enkelte tjenestemottakere, og heller ikke nødvendigvis omfatte alle tilgjengelige opplysninger om disse.

Taushetsplikten, slik den fremstår i dag, er til en viss grad knyttet til formelle skiller mellom institusjoner, etater og yrkesgrupper. Adgangen til å utveksle taushetspliktbelagt informasjon på tvers av profesjon og etat uten samtykke fra tjenestemottaker, er sterkt begrenset. Dette kan benevnes som et vertikaldelt informasjonsskille; de som er innen samme "søyle" i tjenestetilbudet, i kraft av sin profesjon eller etatstilknnytning, har adgang til å utveksle informasjon knyttet til tjenestemottakere de er med på gi tjenester til. "Horisontalt samarbeid" - på tvers av profesjon og etat - som er hensiktsmessig, ønskelig og i tjenestemottakerens interesse, vil derimot i flere sammenhenger være umulig eller vanskelig på grunn av taushetspliktbestemmelsenes utforming. I dag avhjelpes disse problemene i praksis ved å innhente tjenestemottakerens samtykke til at informasjon utveksles, en metode som imidlertid ikke er mulig eller hensiktsmessig å benytte i alle situasjoner. Utvalgets

forslag innebærer en vridning av dagens system, som i større grad gjør det mulig å følge tjenestemottakeren på tvers av de tradisjonelle kommunale skiller. Dette kan benevnes som en endring fra vertikal til større grad av horisontal informasjonsflyt, kombinert med en innskjerping av "need to know-prinsippet" i alle sammenhenger.

Dagens vertikale (fag/etat/personell) begrensning i informasjonsflyten er en praktisk tilnæringsmåte ved bruk av papirbaserte løsninger samt eldre og lite funksjonelle IT-systemer. Begrensningen i form av at opplysningene må være nødvendige for å gi forsvarlig helsehjelp og nødvendig for å fremme avgiverorganets oppgaver jf. Helsepersonelloven § 25 og Sosialtjenesteloven § 8-8, skaper imidlertid problemer i situasjoner hvor den etats- eller profesjonsbestemte avgrensningen av hvem det kan gis informasjon til, kommer i konflikt med behovet for å utforme et helhetlig tjenestetilbud på et best mulig kunnskapsgrunnlag. Samtidig viser det seg at denne avgrensningen også lett fører til at det andre - og mer grunnleggende vilkåret for formidling av informasjon om tjenestemottaker til andre - kravet om nødvendighet - ikke sjelden blir underkommunisert eller nedprioritert ved utformingen av informasjonssystemene.

Utvalget ser det som en grunnleggende forutsetning for en overgang mot horisontal informasjonsutveksling knyttet til tjenestemottakeren, mellom ulike etater og profesjoner, at dette ikke medfører en svekkelse av taushetsvernet som helhet. Dette tilsier for det første at det må utformes et felles sett regler for alle tjenestemottakere som forvalter eller mottar informasjon under loven her, og for det andre at kravet om at all informasjonsutveksling skal være begrenset til det nødvendige ("need to know") innskjerpes ikke bare overfor den enkelte tjenesteyter, men særlig overfor dem som er ansvarlig for utforming og kontroll av informasjonssystemene i kommunen. Moderne informasjonsteknologi gjør det mulig, på et detaljert nivå, å begrense den enkelte saksbehandlers tilgang til taushetspliktbelagt informasjon, og å registrere hvem som til enhver tid har fått eller til tatt seg adgang til ulike typer opplysninger. Et integrert informasjonssystem for kommunens sosial- og helsetjenester vil dermed kunne gi et mer treffsikkert og klarere avgrenset system for informasjonsbruk enn tradisjonelle etatsvise arkivsystemer. En horisontal løsning knyttet til den enkelte tjenestemottakers helhetlige behov, ikke organisasjonsform, medfører en vridning i informasjonsutvekslingen. Den totale informasjonsmengden den enkelte får tilgang til skal på denne måten ikke øke.

I tråd med dette vil utvalget understreke at man ikke med dette ønsker å legge til rette for en horisontalt inndelt struktur med direkte tilgang til data-systemene i andre organer eller virksomheter etter beslutning av den som ønsker den aktuelle informasjon. Det er en forutsetning at utlevering av informasjon til nye brukere bare skjer etter at en informasjonsansvarlig aktivt og konkret har vurdert hvilke opplysninger som kan og bør gjøres tilgjengelig for samarbeidende personell. Dette er en forutsetning også etter dagens regelverk.

I kapittel 13 går utvalget nærmere inn på andre problemstillinger knyttet til informasjonsflyten i sosial- og helsesektoren, og særlig bruk av IT. Utvalget peker på viktigheten av at taushetsplikt ikke på en unødvendig eller i urimelig grad hindrer samarbeid mellom etater om behandling og oppfølging av tjenestemottaker. Hensiktsmessig anvendelse av IT i dette samarbeidet er avgjørende for kvalitet og effektivitet i informasjonsutvekslingen. Nye regler bør ikke være basert på begrensningene i dagens IT-systemer, men legge til rette for en forventet teknisk utvikling.

Samarbeidet innen sosial- og helsesektoren er i dag preget av enkelte uheldige begrensninger i informasjonsflyten. Informasjonsutveksling i kommunen skjer i stor grad på måter som er tidkrevende, og tidvis også usikre. Utvekslingen skjer gjerne delvis papirbasert og delvis elektronisk. I tillegg er det ofte slik at kvaliteten på informasjonen som utveksles ikke er god nok. Informasjonen kan være upresis, mangelfull, irrelevant og kan ligge på ulike steder også innen en virksomhet.

Problemer knyttet til innføring av IT-systemer som ivaretar behovene for samarbeid, rask og sikker informasjonsutveksling, er ikke primært bundet til teknologi. Kommunal organisering og arbeidsprosesser, kompetanse, juss, kultur og økonomi er også viktige elementer. Utvalget peker på at helhetlig satsing på IT vil være et virkningsfullt tiltak for styrket kvalitet og effektivitet i sosial- og helsesektoren, men også at det er mange problemstillinger som må avklares før felles IT-infrastruktur for kommunale sosial- og helsetjenester kan oppnå ønsket effekt.

Kapittel 14 omhandler krav om planer, konsekvensutredninger og tilsyn. Kommunene er pålagt å utarbeide planer med betydning for sosial- og helsetjenestene, konsekvensutredninger og internkontroll som en del av den kommunale egenkontroll med at regelverket etterleves. Gjennom tilsyn påser sentrale myndigheter at myndighetskravene etterleves.

De fleste faktorer som påvirker folks helse og trivsel, ligger utenfor rekkevidden til sosial- og hel-

setjenestene. Kommunale planer, private og offentlige tiltak og virksomheter medfører ikke sjelden endringer i befolkningens omgivelser som kan få sosiale- og helsemessige konsekvenser. Enten slike forandringer blir påført innbyggerne, eller innbyggerne oppsøker dem, er det viktig å utrede hvilke forandringer som er sannsynlige, og hva det kan innebære.

Kontroll og tilsyn av kommuner bør etter utvalgets oppfatning være både intern (utføres av kommunen selv) og ekstern (utføres av statlige aktører). Sammenhengen mellom kommunal egenkontroll og statlig tilsyn (med lovbestemt internkontroll) inngår i spenningsfeltet mellom lokal handlingsfrihet og statlig styring, og det er viktig at det er en god balanse mellom disse. En for detaljert statlig kontroll vil i for sterk grad gjøre tjenestene til et statlig nasjonalt ansvar på bekostning av det lokale ansvar. Vektlegging av kommunal egenkontroll markerer og tydeliggjør lokalt ansvar. Bestemmelser om egenkontroll er gitt i Kommuneloven, men krav om internkontroll følger også av utkastet her. Plikt til internkontroll er imidlertid i seg selv ikke noen tilstrekkelig garanti for at kommunene oppfyller sine lovpålagte plikter. I arbeidet med å sikre forsvarlige sosial- og helsetjenester, er det også nødvendig med utstrakt aktivitet fra tilsynsmyndighetene, et arbeid hvor krav om internkontroll representerer et forenkelt element, men ikke kan erstatte en løpende overordnet statlig kvalitetskontroll.

Kapittel 15 omhandler administrative og økonomiske konsekvenser. For utvalget har det vært vanskelig å konkretisere forventede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av forslaget. Utvalget er imidlertid av den oppfatning at forslaget vil kunne ha betydelige positive konsekvenser i forhold til målsetningen om et enklere regelverk og en enklere forvaltning. Videre kan forslaget innebære et effektiviseringspotensial ved at det muliggjør en bedre samordning av de tjenestene som gis og legger forholdene til rette for en generell kvalitetsheving av tjenestene. Det er imidlertid viktig at de nye reglene blir praktisert på en hensiktsmessig måte slik at de tilgjengelige ressurser utnyttes på en mest mulig effektiv måte. Det er nødvendig i en overgangsfase med økte investeringer i opplæring og IT, og det er viktig at det tas høyde for dette når det nye regelverket settes i kraft. Utvalget legger til grunn at forslaget totalt sett vil innebære uendret ressursbruk, men med et ikke ubetydelig kvalitativt forbedringspotensial innen de gitte ressursmessige rammer.

Kapittel 3

Gjeldende rett - Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven

3.1 Innledning

Sosialtjenesteloven og Kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene å sørge for at innbyggernes behov for *nødvendige* sosial- og helsetjenester dekkes på en forsvarlig måte. Etter begge lovene omfatter kommunens ansvar som hovedregel alle som oppholder seg i kommunen.

Lovene favner vidt og har berøringspunkter med mange andre sektorer. En velfungerende kommunal sosial- og helsetjeneste er derfor i stor grad avhengig av helhetlig tilnærming og tverrsektorielt samarbeid. Kommuneloven av 1992 bygger opp under dette ved å legge opp til et system med relativt stor frihet med hensyn til organiseringen av tjenestene. Kommunene kan dermed organisere tjenestene slik at de er best mulig tilpasset lokale forhold, prioriteringer og behov. Sosialtjenesteloven og Kommunehelsetjenesteloven ble tilpasset Kommuneloven i henholdsvis 1993 og 1995, men fremstår etter ordbruken i mange tilfeller likevel som sektorlover der tjenesten som sådan er tillagt oppgaver. Det er imidlertid ikke tvil om at det er kommunen som sådan som er ansvarlig for at de to lovenes krav oppfylles.

Kommunene plikter å sørge for et forsvarlig tjenestetilbud – generelt og i forhold til den enkelte -, uavhengig av kommuneøkonomien. Det er tale om rettslige forpliktelser som den enkelte borger kan kreve håndhevet, om nødvendig med domstolens hjelp. Tjenestene kan organiseres ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat virksomhet. Kommunen kan drive virksomheten selv eller inngå avtale om driften av tjenestene med andre. Utøving av forvaltningsmyndighet, i praksis å fatte enkeltvedtak om hvilke tjenester som skal gis den enkelte tjenestemottaker, kan imidlertid ikke delegeres til private rettssubjekter.

3.2 Kort om retten til ytelser

For å nå målene som er satt i lovgivningen, må tjenesteapparatet møte den enkeltes behov og søke å

utforme individuelt tilpassede tilbud. Både Sosialtjenesteloven og Kommunehelsetjenesteloven inneholder bestemmelser som gir den enkelte rettskrav på nødvendige tjenester og stønad, men det er kommunen som bestemmer hvilke ytelser som skal gis, og omfanget av disse. Kommunen står imidlertid ikke fritt i sin skjønnsutøvelse. Lovenes formål har en sentral funksjon, samtidig som rettighetsbestemmelsene setter rammer for når de ulike tjenesteformene er å anse som hensiktsmessige.

Etter Kommunehelsetjenesteloven § 1-1 skal kommunen som generell regel sørge for nødvendige helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Tilsvarende gjelder Sosialtjenestelovens bestemmelser om plikt til tjenester og tiltak, med enkelte unntak, for alle som oppholder seg i riket, jf. lovens § 1-2.

Det følger av Sosialtjenesteloven § 4-3 at de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d. Hjelpen skal være på et forsvarlig minstenivå. Den enkelte har ikke en ubetinget rett til omsorgslønn etter § 4-2 bokstav e. Forutsetningen for et avslag på en slik søknad fra tjenestemottakeren med et slikt omsorgsbehov, er imidlertid at kommunen kan tilby annen hjelp som dekker omsorgsbehovet for tjenestemottakeren på en tilfredsstillende måte, og at dette anses som det beste for den omsorgstrengende eller innebærer en vesentlig bedre utnyttelse av kommunens ressurser.

Sosialtjenesteloven § 5-1 gir bestemmelser om betingelsene for stønad til livsopphold. Den som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomisk rettigheter, har krav på økonomisk stønad. Utgangspunktet er imidlertid at hver enkelt først skal utnytte egne muligheter eller hjelpeordninger for å kunne forsørge seg selv. Men når alle aktuelle muligheter er utnyttet fullt ut, men ikke strekker til, har den som ikke kan sørge for sitt livsopphold, krav på økonomisk stønad til livsopphold uansett årsaken til hjel-

pebehovet. Nivået på hjelpen skal være på et forsvarlig minstenivå.

Etter Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første avsnitt har enhver rett til nødvendig helsehjelp. Begrepet "nødvendig helsehjelp" er en rettslig standard. I hvilken grad ønsket hjelp er "nødvendig" må baseres på et medisinskfaglig skjønn, med utgangspunkt i den enkeltes behov. Det fremgår imidlertid av lovens forarbeider at også forhold som kommunens økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr kan være relevante vurderingskriterier. Kommunen er imidlertid forpliktet til å sørge for en helsetjeneste av en viss minstestandard, jf. Rettstidende 1990 s. 874 (se nedenfor). Alle som har et nødvendig behov for helsehjelp, har rettskrav på å få et tilbud som holder et forsvarlig minstenivå, uavhengig av kommunale politiske eller økonomiske vurderinger. Dette følger også av Helsepersonelloven § 4. Kommunens plikt til å yte helsehjelp er begrenset til å omfatte tjenester etter Kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Denne retten omfatter mange tjenester og fra flere kategorier helsepersonell (se nedenfor), men omfatter ikke spesialisthelsetjenestene. Disse er et statlig ansvar, se Spesialisthelsetjenesteloven.

Retten til nødvendig helsehjelp etter Kommunehelsetjenesteloven må sees i sammenheng med de korresponderende bestemmelsene i Pasientrettighetsloven § 2-1 første og andre avsnitt. Det fastsettes her at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, også fra kommunehelsetjenesten. Retten gjelder imidlertid bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt, jf. § 2-1 tredje avsnitt. Begrensningene forutsettes også å ligge til grunn for rettighetsvurderinger etter Kommunehelsetjenesteloven.

Kommunene har således ansvar for å dekke nødvendig helsehjelp og nødvendig sosialhjelp på et forsvarlig minstenivå, se Rettstidende 1990 s. 874. Det nærmere innholdet av retten til nødvendig sosial- og helsehjelp er omhandlet i kapittel 8.

I henhold til Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre avsnitt nr. 2 skal kommunen sørge for legevaktordning. Bestemmelsen skal forstås slik at den forutsetter at kommunens befolkning gis mulighet for legetjenester 24 timer i døgnet. Kommunens overordnede ansvar for å sikre legehjelp ble ikke endret med innføringen av fastlegeordningen.

3.3 Kort om det kommunale ansvar

3.3.1 Innledning

Formålet med Kommunehelsetjenesteloven er angitt i § 1-2. Kommunen skal ved sin helsetjeneste

fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, samt søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen. Formålet med Sosialtjenesteloven er angitt i § 1-1. Kommunen skal fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd, forebygge sosiale problemer samt å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Etter Sosialtjenesteloven har kommunen ansvar for å utføre oppgaver etter loven som ikke er lagt til fylkeskommunen eller et statlig organ, jf. § 2-1 første avsnitt. Det kommunale ansvaret for helsetjenester omfatter de offentlig organiserte tjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen, jf. Kommunehelsetjenesteloven § 1-1.

3.3.2 Kommunale oppgaver

Hvilke oppgaver som ligger under den kommunale helsetjenesten, er nærmere angitt i Kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Oppgavene er presentert i fem hovedpunkter, og en rekke underpunkter. Hovedpunktene er 1) å fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte, 2) diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte, 3) medisinsk habilitering og rehabilitering, 4) pleie og omsorg og 5) hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Videre har helsetjenesten plikt til å gi den som søker eller trenger helsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet, jf. lovens § 2-1 andre avsnitt og Pasientrettighetsloven § 3-2.

Tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte skal organiseres som a) miljørettet helsevern, b) helsestasjonsvirksomhet, c) helsetjenester i skoler, d) opplysningsvirksomhet, og e) helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under kriminalomsorgen. Miljørettet helsevern er nærmere regulert i lovens kapitel 4a, se punkt 3.3.6 nedenfor.

For å løse oppgavene etter Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første avsnitt nr. 1 til 5, skal kommunen etter andre avsnitt sørge for allmennelegetjeneste, herunder en fastlegeordning og legevaktordning, se punkt 3.3.3 i det følgende om dette. Videre skal den sørge for fysioterapitjeneste, sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemme-

sykepleie, samt jordmortjeneste. Helsestøstertjenesten omfatter blant annet helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste, jf. § 1-3 første avsnitt nr. 1 bokstav b og c. Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er nærmere omhandlet i forskrift av 3. april 2003. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barns og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen. Tjenesten skal også bistå gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjon under svangerskapet og i barseltiden. Videre er formålet med tjenesten å bidra til en mer helsefremmende livsstil i målgruppene, jf. forskriften § 1-1. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal også bidra til kommunens oversikt over helse-tilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom, og til gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjon, jf. forskriften § 2-2.

Kommunen skal sørge for sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, jf. Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre avsnitt nr. 6. Bestemmelsen omfatter institusjoner og heldøgnsboliger hvor helsefaglige pleie- og omsorgsoppgaver inngår som en del av institusjonens basistjenester. Øvrige institusjoner som primært har rene hjelpe- og omsorgsoppgaver, så som aldershjem, er regulert i Sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d (se nedenfor).

Kommunen skal også sørge for medisinsk nødmeldetjeneste og transport av behandlingspersonell. Plikten til å sørge for medisinsk nødmeldetjeneste må ses i sammenheng med Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første avsnitt nr. 4, som pålegger de regionale helseforetak tilsvarende ansvar. Alle kommuner plikter å sørge for at disse tjenestene etableres, uavhengig av kommuneøkonomien. Oppregningen er uttømmende, men kommunene kan også velge å organisere andre typer offentlige tilbud.

Kommunens sosialtjeneste skal etter Sosialtjenestelovens kapittel 3 utføre forskjellige generelle oppgaver. Dette ansvaret omfatter forebyggende virksomhet, samarbeid med andre deler av forvaltningen og frivillige organisasjoner, arbeid for å sikre bolig for vanskeligstilte, samt informasjon om sosialtjenestens tilbud og sosiale forhold i kommunen.

Sosialtjenesten skal videre gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller fore-

bygge sosiale problemer for den enkelte, jf. Sosialtjenesteloven § 4-1. Videre følger av § 4-2 at de sosiale tjenestene skal omfatte

- a) praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemning, alder eller av andre årsaker,
- b) avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
- c) støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemning, alder eller sosiale problemer,
- d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemning, alder eller av andre årsaker, og
- e) lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

Kommunens plikt etter bestemmelsens bokstav d er et ansvar for å søke plass i institusjoner innen rusomsorgen, jf. lovens kapittel 6, og å sørge for plass i aldershjem, privat forpleining eller bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsboliger, jf. kapittel 7 i Forskrift til lov om sosiale tjenester mv.

Sosialtjenesten skal også medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker, jf. Sosialtjenesteloven § 3-4. Sosialtjenesten er forpliktet til å finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv, jf. § 4-5.

Videre skal sosialtjenesten sørge for økonomisk stønad til den som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomisk rettigheter, jf. §§ 5-1 og 5-2. Se nærmere om dette i pkt. 3.3.4 nedenfor.

Sosialtjenesteloven integrerer omsorgen for rusmiddelmisbrukere i den generelle kommunale sosialomsorgen. Utgangspunktet er at rusmiddelmisbrukernes behov for det meste kan imøtekommes innenfor sosialtjenestens generelle hjelpetilbud. Selve rusmiddelmisbruket er imidlertid et problem som krever særlige hjelpetiltak. Særreglene om tiltak som er spesielt innrettet på å hjelpe misbrukeren bort fra misbruket er samlet i Sosialtjenestelovens kapittel 6

Gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak skal sosialtjenesten hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. På til-

svarende måte skal det gis råd, veiledning og hjelp til vedkommendes familie, jf. § 6-1. Når det er behov for det og klienten ønsker det, skal sosialtjenesten bistå med å etablere et behandlingsopplegg. Dette opplegget kan blant annet omfatte oppnevning av støttekontakt, etablering av støtteopplegg på arbeidsplassen, andre tjenester etter Sosialtjenesteloven, og kontakt med primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Kan behov for institusjonsplass ikke dekkes, skal det om nødvendig sørges for midlertidige tiltak. Sosialtjenesten skal følge opp klienten i behandlingsopplegget gjennom samtaler og om nødvendig hjemmebesøk, og ved å legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institusjonsopphold.

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder, se § 6-2. En gravid rusmiddelmissbruker kan uten eget samtykke tas inn på institusjon og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig, se § 6-2a. Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. (Se for øvrig pkt. 3.3.8.3 i det følgende.)

Det har foregått en desentralisering og deinstusjonalisering av sosial- og helsetjenestene. Ansvar for omsorgstjenester er overført til kommunene, og tradisjonelle omsorgsformer i institusjon er bygd ned. Samtidig er det satset mer på hjemmetjenester og alternative boformer. De fleste institusjonsplasser for personer med psykisk utviklingshemning er avviklet. Også når det gjelder antallet sengeposter ved psykiatriske institusjoner er det foretatt en betydelig nedbygging, men uten tilsvarende systematisk oppbygging av tilbud i kommunene. Nedbygging av tradisjonelle institusjonsplasser for eldre har også funnet sted, men ikke i samme grad. Samtidig nyter flere eldre godt av et økende tilbud på boliger som kommunene disponerer til pleie- og omsorgsformål, og som i stor grad erstatter institusjonsopphold.

Kommunenes ansvar for tjenestene er dels regulert i Sosialtjenesteloven og dels i Kommunehelsetjenesteloven. Strukturen i regelverket er imidlertid forskjellig på sosial- og helsesiden. I helseeretten er bestemmelser som regulerer kommunens plikter, organisatoriske forhold, pasienters rettigheter og helsepersonells plikter tildels regulert i flere lover. I Sosialtjenesteloven er disse for-

holdene i stor grad regulert i samme lov. Endringene i mottakergrupper og organiseringen av tjenestene er i liten grad blitt fulgt opp i lovstrukturen.

3.3.3 Allmennlegetjeneste

Kommunen skal sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning, se Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre avsnitt, nr. 1. Den kommunale allmennlegetjenesten består i hovedsak av fastlegeoppgaven og legetjenester på helsestasjon, i skolehelsetjeneste, på sykehjem og i fengselsanstalter. Legearbeid ved sykehjem og i fengselshelsetjenesten har karakter av å være fastlege for de innlagte og innsatte i perioden de oppholder seg i institusjon. Begrepet allmennlegetjeneste i loven her må avgrenses mot legetjenester som følger av annen lovgivning.

Bestemmelsen om fastlegeordning ble inntatt ved endringslov 14. april 2000 nr. 33 i tilknytning til innføring av fastlegeordningen. Kommunene pålegges ved bestemmelsen å organisere en fastlegeordning og inngå avtaler med et tilstrekkelig antall fastleger, slik at alle som har rett til fastlege etter § 2-1a og som ønsker fastlege i kommunen, skal tilbys å stå på en fastleges liste. Fastlegen har ansvar for å planlegge og koordinere individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen har dessuten ansvaret for persons journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler, se merknad til forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 7. I dette ligger ansvar for tjenestemottakerens allmennlegetjeneste og for oppfølging av hans eller hennes behov for allmennlegetjenester i samarbeid med annen helsetjeneste og hjelpeapparat.

Fordi et stort flertall av fastlegene er privatpraktiserende, vil kommunens oppfølging av legetjenesten i hovedsak skje gjennom utforming og oppfølging av fastlegeavtalene.

Med unntak av arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer, se Kommunehelsetjenesteloven § 3-5 og Smittevernloven, og oppgaver innen miljørettet helsevern, se Kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a, fremstår kommunelegens rolle som noe uklar. Uklarheten synes å ha sammenheng med de store endringene i kommunene. Det er imidlertid klart at kommunelegene og annet helsepersonell skal være rådgivere inn mot kommunale beslutninger på linje med ansatte innenfor andre kommunale sektorer. Leger med samfunnsmedisinsk kompetanse er viktige bidragsytere i dagens folkehelsearbeid. Kunnskap om sykdommers utbredelse og årsaker er viktig for å kunne

identifisere nye samfunnsmessige drivkrefter som påvirker folkehelsen, slik at det kan sette i verk nødvendige tiltak for å motvirke eventuelle skadevirkninger.

Fra kommunenes side kan det stilles krav om at fastlegen deltar i offentlig allmenntilleggslegearbeid ved helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem og fengselsanstalter med inntil 7,5 time per uke. Fastlegene kan imidlertid ikke pålegges samfunnsmedisinsk arbeid.

3.3.4 Økonomisk stønad

Sosialtjenesten skal yte økonomisk stønad til den som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomisk rettigheter, jf. Sosialtjenesteloven §§ 5-1 og 5-2. Bestemmelsenes primære mål er å sikre alle som oppholder seg i Norge tilstrekkelige midler til livsopphold. Utgangspunktet er imidlertid at den enkelte først skal utnytte egne muligheter eller andre hjelpeordninger for å kunne forsørge seg selv. Først når alle aktuelle muligheter er utnyttet fullt ut, men ikke strekker til, har den som ikke kan sørge for sitt livsopphold krav på økonomisk stønad til dette. Dette gjelder uansett årsaken til hjelpebehovet. Stønadens bør ta sikte på å gjøre vedkommende selvhjulpent, jf. § 5-1 andre avsnitt.

Sosialtjenesten skal utrede hjelpebehovet i nært samarbeid med søker, jf. § 8-4. Økonomiske problemer kan være bare en del av et større problemkompleks. Det kan derfor være aktuelt å sette inn andre hjelpetiltak enn økonomisk støtte for å nå lovens formål, jf. sosialtjenestens plikt til å gi opplysninger, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer, eller sørge for kontakt med andre som kan gi slike råd, jf. § 4-1.

Sosialtjenesten skal utøve skjønn når det vurderes om det skal ytes stønad, og ved utmåling av stønaden. Bruk av skjønn fører til ulikheter i stønadsnivået, men ulikhetene skal være saklig begrunnet i ulike individuelle behov.

Loven har ingen bestemmelser om selve stønadsnivået. I utgangspunktet står kommunene fritt til å fastsette nivået på sine sosialhjelpsytelser, men stønaden må sikre et forsvarlig livsopphold. Ytelsene bør på den ene siden ikke være slik at tjenestemottakeren ikke motiveres til å skaffe seg arbeid, delta i arbeidsmarkedstiltak eller andre aktiviteter som kan bidra til at personen kommer i arbeid, eller på annen måte motvirke at vedkommende tar ansvar for sin egen situasjon. På den annen side er det også avgjørende viktig at ytelsene ikke er så knappe at tjenestemottaker holdes i mer eller mindre permanent krisetilstand som

undergraver hans eller hennes evne til å ta grep i og gjøre noe effektivt for å forbedre sin egen situasjon.

Sosialhjelpens legitimitet er avhengig av at ordningen oppleves som rettferdig i den forstand at kun de som har et reelt behov for hjelp får slik støtte. Sosialtjenesten må derfor legge vekt på hvilke reelle muligheter den enkelte har til å forbedre sin situasjon. Samtidig er det forutsatt at samfunnet har et ansvar for å bidra til å gi dem som faller utenfor de alminnelige inntektsordningene mulighet til trygghet og forsvarlig levestandard. Det ideologiske og praktiske hensynet til at det skal lønne seg å arbeide, og det humanitære og bredere sosialfaglige ønsket om å sikre et verdig liv for dem som ikke har alternativ til sosialhjelp som hovedinntektskilde, trekker i ulik retning, og sosialtjenesten må bygge på en forsvarlig avveining mellom disse hensynene.

3.3.5 Samarbeid, informasjon og forebyggende arbeid

Kommunenes generelle og forebyggende sosialpolitiske oppgaver var bare i liten grad lovfestet før Sosialtjenesteloven ble vedtatt i 1991. I denne loven er disse oppgavene uttrykkelig angitt som en del av de lovpålagte oppgaver for kommunene. Dette var oppgaver som det lenge hadde vært allmenn aksept for at sosialtjenesten (kommunen) hadde, men nå ble ansvaret presisert og utvidet.

Etter § 3-2 skal sosialtjenesten medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer ved avgjørelser som har betydning for sosialtjenestens ansvarsområde. Sosialtjenesten skal på sin side samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som den er pålagt etter denne loven. Som ledd i disse oppgavene skal sosialtjenesten gi uttalelser og råd og delta i den kommunale og fylkeskommunale planleggingsvirksomhet og i de samarbeidsorganer som blir opprettet. Blir det påvist mangler ved de tjenester som andre deler av forvaltningen skal yte til personer med et særlig hjelpebehov, skal sosialtjenesten om nødvendig ta opp saken med rette vedkommende. Er det uklarhet eller uenighet om hvor ansvaret ligger, skal sosialtjenesten søke å klargjøre forholdet.

Sosialtjenesten bør samarbeide med brukergruppene organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som sosialtjenesten, jf. § 3-3. Tjenesten skal spre kunnskap om sosiale forhold og tjenester i kommunen, jf. § 3-5. Manglende kunnskap antas å være en av årsakene til at mange som har behov for sosiale

tjenester ikke tar kontakt med hjelpeapparatet. Det bør derfor legges stor vekt på å gjøre sosialtjenestens tilbud kjent i befolkningen. Sosialtjenesten bør også holde andre etater og politikere orientert om problemer som krever samordnede løsninger.

Videre skal sosialtjenesten gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer, jf. lovens § 3-1. Sosialtjenesten skal søke å legge forholdene til rette for å utvikle og styrke sosialt fellesskap og solidaritet i nærmiljøet. Gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet skal sosialtjenesten arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk. Sosialtjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

Kommunehelsetjenesteloven har en korresponderende bestemmelse i § 1-4. Krav om samarbeid, informasjon og forebyggende arbeid følger imidlertid også forutsetningsvis av formålsbestemmelsen, jf. § 1-2. Etter lovens § 1-4 skal kommunens helsetjeneste til enhver tid ha oversikt over helsestanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Dette er nært knyttet til miljørettet helsevern, se nedenfor. Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivarettatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. I likhet med i Sosialtjenesteloven § 3-2 er slik medvirkning eksemplifisert som råd, uttalelser og deltagelse i plan- og samarbeidsorganer. Kommunen kan også samarbeide med private organisasjoner dersom det er egnet til å fremme helsetjenestens formål.

Av Kommunehelsetjenesteloven § 1-2 følger at kommunen ved sin helsetjeneste skal fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, samt søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen. Det ligger i dette en forutsetning om at tjenesten skal arbeide for at helsehensyn blir ivarettatt av andre offentlige organer som har betydning for helsetjenestens arbeid.

3.3.6 Miljørettet helsevern

Kommunene er gjennom Kommunehelsetjenesteloven pålagt å utøve miljørettet helsevern, se § 1-3 nr. 1 bokstav a og kapittel 4a. Miljørettet helsevern omfatter de faktorene i miljøet som til enhver tid,

direkte eller indirekte, kan ha innvirkning på helsen, både biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, se § 4a-1 første avsnitt.

Fagansvaret innen miljørettet helsevern er delt mellom mange aktører, planlegging og saksutredning utføres således av flere profesjoner, i og utenfor helsetjenesten. Loven stiller to hovedkrav til hvordan det miljørettede helsevernarbeidet skal foregå. Det skal for det første omfatte kontroll- og tilsyn etter lovens kapittel 4a. For det andre omfatter det samordningsoppgaver etter lovens § 1-4, som omhandler oversikt over helsetilstanden og forslag til tiltak og medvirkning for å sikre at helsemessige hensyn ivaretas i andre sektorer og i kommunale plan- og beslutningsprosesser. Her er kommunen pålagt ansvar for å integrere hensyn til helse i planer og aktiviteter, se for øvrig kapittel 14 nedenfor. Alle deltjenester i henhold til Kommunehelsetjenesteloven, inkludert miljørettet helsevern, må trekkes inn i dette arbeidet.

Forskrift om miljørettet helsevern av 25. april 2003 er generell og skal dekke de fleste områder innen miljørettet helsevern. Formålet med forskriften er å fremme folkehelse og bidra til gode miljømessige forhold, samt å sikre befolkningen mot faktorer i miljøet som kan ha negativ innvirkning på helsen, blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Forskriften er en presisering og tydeliggjøring av Kommunehelsetjenestelovens bestemmelser om miljørettet helsevern i § 1-4 og kapittel 4a.

Miljørettet helsevern har grenseflater mot andre sektorer og annet regelverk. Helsehensyn skal etter forskriften så langt som mulig ivaretas gjennom ordinære prosesser knyttet til planlegging og godkjenning av virksomheter og eiendommer. Det vises her til rådgivnings- og samarbeidsoppgavene som lokale helsemyndigheter har etter Kommunehelsetjenesteloven § 1-4 tredje avsnitt og forskriften § 5. De fleste beslutningene som har betydning for folks helse, tas utenfor helsesektoren. Det er derfor gitt uttrykk for at det er svært viktig at den instans i kommunen som ivaretar oppgavene innen miljørettet helsevern, sørger for å bringe informasjon om helse og risikofaktorer videre til de relevante fagmyndigheter.

Der det oppstår forhold som kan ha negativ innvirkning på helsen, vil den instans i kommunen som ivaretar oppgavene innen miljørettet helsevern, kunne gi pålegg etter Kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a. På områder der andre myndigheter har gitt regelverk som fastsetter helsebegrunnede krav eller normer, skal det tas utgangspunkt i disse ved vurderingen av om forskriftens krav er oppfylt, se forskriften § 3.

Det er et overordnet krav etter forskriften § 7 at virksomheter og eiendommer skal drives "på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe". Det overordnede kravet utfylles av mer detaljerte krav i §§ 8 – 10. Den ansvarlige for virksomheter og eiendommer skal etter § 12 føre internkontroll med at forskriftens krav blir oppfylt.

3.3.7 Rusreformen

Den såkalte rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004. Hensikten var å styrke helsetjenestetilbudet og sikre helhet i behandlingstilbudet til rusmiddelbrukere, herunder å skape bedre muligheter for sosialtjenesten til å utforme individuelt tilpassede tiltakskjeder. Fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelbrukere ble overført til staten, ved de regionale helseforetakene. De overførte tjenestene ble omdefinert fra å være sosialtjenester til å være spesialisthelsetjenester. Også de fylkeskommunale institusjonene og fylkeskommunens avtaler med private institusjoner ble overført til de regionale helseforetakene. Overtakelsen omfattet 74 institusjoner inkludert de regionale sentrene for legemiddelassistert rehabilitering. Det kommunale førstelinjeansvaret for tiltak for rusmiddelbrukere ble derimot ikke endret.

Behandling og hjelpetilbud for rusmiddelbrukere organiseres på to forvaltningsnivåer. Som før har kommunal sosialtjeneste ansvar for tjenester etter Sosialtjenesteloven, og fastlegene etter Kommunehelsetjenesteloven. Staten ved de regionale helseforetakene yter tjenester etter Spesialisthelsetjenesteloven. De regionale helseforetakene sørger for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk. Dette omfatter avrusing, utredning og spesialisert behandling. Behandlingstilbudet skal være både sosial- og helsefaglig. De regionale helseforetakene har ansvar for at det finnes et tilstrekkelig behandlingstilbud, samt for å peke ut institusjonsplasser for inntak med hjemmel i Sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3 (tvangsinn-tak).

Et formål med reformen var å bidra til å styrke helsetjenestetilbudet og sikre helhet i behandlingstilbudet til rusmiddelbrukere. Godt samarbeid, både mellom sosialtjenesten og fastlegene og mellom kommunale og statlige tjenester, er en forutsetning for dette. Fastlegens oppgaver i legemiddelassistert rehabilitering ble videreført som tidligere. Sosialtjenesten skal på sin side forholde seg til spesialisthelsetjenesten som ny samarbeidspartner. Samtidig ligger sosialtjenestens helhetlige og koordinerende ansvar for tiltak for rusmiddel-

misbrukere fast. Retten til individuell plan er et sentralt element i samarbeidet.

Sosialtjenestelovens system er at sosialtjenesten primært skal tilby rusmiddelmisbrukeren bistand i nærmiljøet. Dersom hjelp utenfor institusjon ikke er tilstrekkelig eller hensiktsmessig, skal sosialtjenesten henvise til spesialisthelsetjenesten eller sørge for plass i annen institusjon. Med rusreformen fikk både sosialtjenesten og fastlegene adgang til å henvise til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-12. Tidligere var det bare sosialtjenesten som henviste rusmiddelmisbrukere til institusjoner. Rusmiddelmisbrukere som først kommer i kontakt med fastlegen, behøver derfor ikke å henvende seg til sosialtjenesten for å bli henvist. Er det behov for midlertidig tiltak i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten, har sosialtjenesten ansvar for dette.

Som følge av at ansvaret for tjenestene ble overført til spesialisthelsetjenesten, kommer Pasientrettighetsloven til anvendelse for rusmiddelmisbrukere også når de behandles for sitt rusmiddelmisbruk. Dette gjelder blant annet retten til selv å velge hvor de skal motta behandling (fritt sykehusvalg) og klage til Helsetilsynet. Pasientombudsordningen omfatter også rusbehandlingen. Retten til selv å velge behandlingssted er begrenset til å gjelde offentlige sykehus eller distriktpsychiatriske sentre, men gjelder ikke valg av behandlingsnivå, se Pasientrettighetsloven § 2-4. Valgretten forutsetter at den institusjonen pasienten ønsker seg til, tilbyr den type behandling som pasienten er vurdert å ha behov for. Stortinget har vedtatt en endringslov til Pasientrettighetsloven som trådte i kraft 1. september 2004. Endringen innebærer i første rekke at pasientens valgrett er utvidet til også å omfatte en rett til å velge private sykehus eller distriktpsychiatriske sentre som har avtaler med regionale helseforetak om fritt sykehusvalg.

Adgangen til å holde tilbake en rusmiddelmisbruker i institusjon uten samtykke (tvangsinn-tak) er fortsatt regulert i Sosialtjenesteloven. Som før er det sosialtjenesten som forbereder og fremmer sak for Fylkesnemnda for sosiale saker. Rusreformen innebærer at de regionale helseforetakene har ansvaret for å avklare hvilke institusjoner som skal brukes ved tvangsinn-tak og for gjennomføringen av slike tvangsvedtak. Tvangsreglene er nærmere omtalt i punkt 3.3.8 i det følgende.

Når misbrukeren etter institusjonsopphold bør følges opp av tiltak fra sosialtjenesten, skal institusjonen varsle sosialtjenesten hvis pasienten ønsker det, se Spesialisthelsetjenesteloven § 3-15. Utskri-

ving skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter, i praksis normalt spesialisthelsetjenesten, fastlegen, sosialtjenesten og den det gjelder. Etter tvangsopphold skal sosialtjenesten alltid varsles. Dette sikrer sosialtjenestens mulighet for å planlegge tiltak etter utskrivningen.

3.3.8 Bruk av tvang og makt

3.3.8.1 Innledning

Tjenester til personer med psykisk utviklingshemning og rusmiddelmissbrukere reguleres av de alminnelige bestemmelsene i Sosialtjenesteloven og Kommunehelsetjenesteloven. Tjenester etter disse lovene forutsetter som alminnelig utgangspunkt frivillighet fra den enkelte tjenestemottaker. For visse grupper tjenestemottaker kan det imidlertid av hensyn til den enkeltes livssituasjon være nødvendig å benytte tiltak som innebærer bruk av tvang og makt. Slike inngrep i den enkeltes integritet krever særskilt lovhjemmel. For personer med psykisk utviklingshemning er slike regler gitt i Sosialtjenesteloven kapittel 4A. Bestemmelsene gjelder tilsvarende under utøvelsen av tjenester etter Kommunehelsetjenesteloven, jf. lovens § 6-10. Særlige tiltak, herunder bruk av tvang og makt, overfor rusmiddelmissbrukere er regulert i Sosialtjenesteloven kapittel 6.

3.3.8.2 Bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Sosialtjenesteloven kapittel 4A gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter § 4-2 bokstavene a til d til personer med psykisk utviklingshemning, jf. § 4A-2. For tjenester etter Kommunehelsetjenesteloven gjelder bestemmelsene i kapittel 4A for omsorgstjenester som utføres av hjemmesykepleien og under opphold i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Sosialtjenesteloven kapittel 4A gir ikke hjemmel for tvangsmedisinering. Reglene gir heller ikke hjemmel for tvungen undersøkelse og behandling av somatiske og psykiske lidelser.

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett manglende uttrykt motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingsystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av mild og sterkt begrenset art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

Etter § 4A-3 skal tjenestetilbudet så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottakeren, jf. § 8-4. Tjenestemottakeren, pårørende og verge eller hjelpeverge skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, om klageadgang, og om adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt, jf. § 4A-4, og å gi nødvendig opplæring etter § 2-3, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter dette kapitlet. Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal som alminnelig regel være prøvd før tiltak etter dette kapitlet settes i verk. Dette kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse, jf. § 4A-5.

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

Det kan anvendes tvang og makt som ledd i skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner og ved planlagte skadeavvergende tiltak ved gjentatte nødsituasjoner. Det kan også anvendes tvang og makt i tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak, jf. § 4A-5 bokstav a-c.

Etter § 4A-6 kan mekaniske tvangsmidler som hindrer tjenestemottakerens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende, bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at tjenestemottakeren skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 4A-5 være oppfylt.

Dersom en nødsituasjon etter § 4A-5 andre avsnitt bokstavene a og b gjør det nødvendig å skjerme tjenestemottakeren fra andre personer, skal skjermingen foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis begrunne at døren låses.

Det er ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak etter § 4A-5 tredje avsnitt bokstav c hvis disse påfører tjenestemottakeren smerte eller psykisk eller fysisk skade, herunder all form for fysisk refleks, og tiltak som innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for tjenestemottakeren eller medfører fysisk isolering.

Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 4A-5 tredje avsnitt bokstav a treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten. Dersom det ikke er tid til dette, kan tjenesteyteren treffe beslutningen, jf. § 4A-7. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, fylkesmannen, verge eller hjelpeverge og pårørende, eller på den måten fylkesmannen beslutter. Vedtak i medhold av § 4A-5 tredje avsnitt bokstavene b og c treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. De spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for, skal bistå ved utformingen av tiltakene. Det er gitt særskilte krav til hva vedtaket skal inneholde.

Fylkesmannen skal etter § 4A-8 overprøve vedtak etter § 4A-5 tredje avsnitt bokstavene b og c, jf. § 4A-7 fjerde avsnitt. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken. Vedtaket kan påklages til fylkesnemnda for sosiale saker, jf. § 4A-11 andre avsnitt. Vedtaket kan ikke settes i verk før det er godkjent av fylkesmannen, evt. fylkesnemnda for sosiale saker.

Eventuelle tiltak skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede, eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger. Reglene i Helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder så langt de passer, jf. § 4A-10.

3.3.8.3 *Innleggelse og tilbakehold av rusmiddelmissbrukere i institusjon uten samtykke*

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende rusmiddelmissbruk, og dersom frivillige hjelpetiltak etter Sosialtjenesteloven § 6-1 ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i institusjon, jf. § 6-2. Den det gjelder kan holdes tilbake der i opptil tre måneder for undersøkelse og tilrettelegging av behandling. Etter § 6-2a kan det fattes tilsvarende vedtak overfor en gravid rusmiddelmissbruker dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Vedkommende kan holdes tilbake der i hele svangerskapet. Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Vedtaket skal treffes av fylkesnemnda for sosiale saker, jf. §§ 6-2 og 6-2a og kapittel 9. Fylkesnemnda

for sosiale saker skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av vedkommende under institusjonsoppholdet. Vedtaket kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Sosialtjenesten skal, i samarbeid med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Fylkesnemnda for sosiale saker fatter vedtak om dette i henhold til de alminnelige reglene.

Sosialtjenesten kan treffe midlertidig vedtak om inntak i institusjon uten samtykke, jf. § 6-2 fjerde avsnitt og § 6-2a femte avsnitt. Dette gjelder dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. Lederen i fylkesnemnda for sosiale saker skal snarest treffe vedtak om foreløpig godkjennelse av det midlertidige vedtaket. Er det truffet midlertidig vedtak, skal et forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda for sosiale saker innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda for sosiale saker innen denne fristen, faller vedtaket bort, jf. § 6-2 femte avsnitt og § 6-2a sjetten avsnitt.

Sosialtjenesten skal utarbeide tiltaksplan for rusmiddelmissbrukere som er i institusjon etter vedtak med hjemmel i §§ 6-2 eller 6-2a.

Når en rusmiddelmissbruker på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon, kan institusjonen sette som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket, jf. § 6-3. Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje inntil tre ganger for hvert opphold. Dersom misbrukeren rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt misbrukeren er brakt tilbake til institusjonen. Samtykket skal være skriftlig. Institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at klienten (tjenestemottakeren) før oppholdet begynner, gir samtykke til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet. Et barn over 12 år med rusproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

Regionalt helseforetak har ansvaret for behandling av rusmiddelmissbrukere i institusjon, og skal peke ut egnet institusjon etter disse reglene, jf. Sosialtjenesteloven § 2-1a andre avsnitt og Sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.

Kapittel 4

Internasjonal rett

4.1 Innledning

Den norske sosial- og helselovgivning påvirkes av og må forholde seg til både folkerettslige krav til nasjonal lovgivning og andre lands lovgivning. Det kreves lojal oppfyllelse av folkerettslige forpliktelser, og staten er ansvarlig og skal sørge for praktisk gjennomføring, herunder i kommunene.

Stortinget vedtok våren 1999 lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (Menneskerettsloven). Lovvedtaket innebærer at den europeiske menneskerettskonvensjonen, FN-konvensjonene om sivile og politiske rettigheter og økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, og barnekonvensjonen, ikke bare etablerer en folkerettslig forpliktelse for den norske stat, men gjelder som norsk lov, og skal gå foran annen norsk lovgivning ved motstrid (se Menneskerettsloven § 3). Loven er uttrykk for et ønske om å gjøre menneskerettighetene tydeligere i norsk rett. Praktisk viktig er også Nordisk konvensjon om sosialhjelp og sosiale tjenester og EF-forordning (nr. 1408/71/EF) om samordning av trygdeordningene når arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende eller deres familiemedlemmer flytter innenfor EU, som Norge gjennom EØS-avtalen er bundet av. I tillegg er Europarådets sosialpakt og FNs Standardregler om like muligheter for mennesker med funksjonshemming av betydning.

4.2 Menneskerettigheter

Menneskerettigheter kan defineres som overordnede etiske og folkerettslige prinsipper for vern om enkeltmenneskets personlige frihet, psykiske og fysiske integritet og selvrespekt, som forutsettes lagt til grunn i nasjonal rettsanvendelse og myndighetsutøving, uavhengig av om det foreligger et konkret lovgrunnlag for dette. Menneskerettsprinsippene er i dag i det vesentlige nedfelt i internasjonal konvensjoner som forplikter de enkelte stater, og håndheves i et visst omfang gjennom internasjonale kontrollorganer. Menneskerettighetskonvensjonene fastslår at hvert enkelt menneske har krav på vern om og respekt for sin frihet

og integritet, uavhengig av rase, farge, språk, religion, politisk syn eller annen mening, nasjonalt eller sosialt opphav, eiendom, fødsel eller andre forhold. Hver enkelt skal ha rett til liv, frihet og personlig trygghet. Videre er det fastsatt at alle har rett til den høyest oppnåelige helsestandard, både fysisk og psykisk, og rett til en tilfredsstillende levestandard og sosial trygghet. Retten til å nyte godt av vitenskapelige framskritt faller også inn under det som er gjort gjeldende som norsk lov.

Den folkerettslige regulering på dette området er imidlertid til dels ganske vag. Den enkeltes rettigheter kommer til uttrykk som en konsekvens av statenes forpliktelser, men disse er til dels for generelle og allmenne til å kunne påberopes med særlig styrke av den enkelte. Vagheten kan skyldes politisk uenighet, og store forskjeller i levestandard, utvikling og økonomiske vilkår mellom konvensjonsstatene.

På helseområdet det i praksis er Verdens helseorganisasjon (WHO) som arbeider med landenes overholdelse av de internasjonale standardene. Organisasjonen har tradisjonelt fokusert på faglig implementering av praktiske foranstaltninger, og ikke lagt vesentlige ressurser i arbeidet for å utvikle bindende rettslige normer som den enkelte kan påberope seg.

I innledningen til FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter fra 1966 fremgår at de stater som er parter til denne konvensjonen, i samsvar med de prinsipper som er fastslått i FN-pakten, skal ta utgangspunkt i erkjennelsen av den iboende verdighet hos alle medlemmer av menneskeslekten og av deres like og umisligelige rettigheter er grunnlaget for frihet, rettferd og fred i verden.

I FNs verdenserklæring om menneskerettigheter fra 1948 uttales at det bare er mulig å nå fremtidsmålet med frie mennesker som nyter frihet fra frykt og nød dersom det blir skapt slike forhold at enhver kan nyte sine sivile og politiske rettigheter, så vel som sine økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Konvensjonen ble vedtatt og åpnet for signatur, ratifikasjon og tiltredelse ved FNs generalforsamlings resolusjon 2200 A (XXI) 16. desember 1966, og trådte i kraft 23. mars 1976. I innled-

ningen gis det uttrykk for generelle prinsipper, som også har betydning for den norske sosial- og helselovgivning.

De to viktigste konvensjonene i forhold til sosial- og helselovgivningen er imidlertid konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter og barnekonvensjonen. Den internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter ble vedtatt og åpnet for signatur, ratifikasjon og tiltredelse ved FNs generalforsamlings resolusjon 2200 A (XXI) 16. desember 1966. Den trådte i kraft 3. januar 1976.

I henhold til artikkel 9 skal konvensjonsstatene anerkjenne retten for enhver til sosial trygghet, herunder sosialtrygd. Av artikkel 2 nr. 2 følger at konvensjonspartene forplikter seg til å garantere at de rettigheter som anerkjennes i konvensjonen, blir utøvet uten forskjellsbehandling av noe slag på grunn av rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller status forøvrig. Av dette kan utledes som konsekvens at de tilstedeværende ressurser i sosial- og helsetjenestene skal være tilgjengelige for alle på like vilkår.

Etter artikkel 11 nr. 1 skal konvensjonspartene anerkjenne "retten for enhver til en tilfredsstillende levestandard for seg selv og sin familie, herunder tilfredsstillende mat, klær og bolig, samt til stadig bedring av sine leveforhold. Konvensjonspartene skal treffe de nødvendige tiltak for å sikre virkeliggjørelsen av denne rett, og erkjenner i den anledning den vesentlige betydning av internasjonalt samarbeid grunnet på frivillighet". I samme artikkels nummer 2 pålegges konvensjonspartene, som anerkjenner den grunnleggende rett for alle til å være trygget mot sult, hver for seg og gjennom internasjonalt samarbeid, å treffe de tiltak, herunder utarbeidelsen av konkrete programmer, som er nødvendige for å oppfylle enkelte nærmere bestemte oppgaver.

Det følger videre av artikkel 12 at konvensjonspartene skal anerkjenne retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard, både fysisk og psykisk. Retten må ses i relasjon til landets utviklingsnivå. De tiltak som konvensjonspartene treffer for å oppnå full virkeliggjørelse av rettigheten, skal omfatte tiltak som er nødvendige for å: a) Minke foster- og spedbarndødeligheten og fremme barnets sunne utvikling, b) Forbedre alle sider ved hygien i miljø og industri, c) Forebygge, behandle og kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer og d) Skape vilkår som trygger alles legebehandling og pleie under sykdom. Disse prinsippene er viktige som målestokk for de enkelte lands sosial- og helsetje-

nester. Det kan imidlertid vanskelig sies at de med dette har påtatt seg særlig presise konkrete forpliktelser.

Barn har begrensede muligheter for fullt ut selv å ivareta sine interesser. Dette gjorde at det fremstod som nødvendig å vedta særlige regler på internasjonalt plan for å beskytte barn, herunder sikre de fortrinn på enkelte områder. Ivaretagelse av barns rettigheter ved et eget, forpliktende regelverk innebærer en tydeliggjøring av barnets selvstendige rettigheter overfor foreldre, og av offentlige organers rett og plikt til å ivareta barnets interesser.

Barns rettigheter er særskilt omhandlet i FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989, den såkalte Barnekonvensjonen. Konvensjonen ble vedtatt og åpnet for undertegning, ratifikasjon og tiltredelse av FNs generalforsamlings resolusjon 44/25, den 20. november 1989 og trådte i kraft 2. september 1990.

Konvensjonen har som anvendelsesområde forholdet mellom barn og stat, mellom familie og stat og mellom familie og barn, idet staten også skal garantere barnets beskyttelse overfor familie/foreldre. Psykisk eller fysisk utviklingshemmede barn tilstås gjennom artikkel 23 enkelte særlige rettigheter. Partene skal anerkjenne at et barn som er psykisk eller fysisk utviklingshemmet, bør ha et fullverdig og anstendig liv under forhold som sikrer verdighet, fremmer selvstendighet og bidrar til barnets aktive deltakelse i samfunnet. Videre skal det anerkjennes at barn med funksjonshemminger har rett til særlig omsorg og skal, innenfor rammen av de midler som er til rådighet, og oppmuntres til og sikres at barn som oppfyller vilkårene og barns omsorgspersoner får den hjelp de har søkt om og som er rimelig i forhold til barnets tilstand og foreldrenes eller andre omsorgspersoners situasjon.

Idet det anerkjennes at funksjonshemmede barn har særlige behov, skal hjelp som ytes i samsvar med det ovenfor nevnte gis gratis når dette er mulig, samtidig som foreldrenes eller andre omsorgspersoners økonomi skal tas i betraktning. Hjelpen innrettes slik at funksjonshemmede barn har effektiv adgang til og mottar undervisning, opplæring, helsetjenester, rehabiliteringstjenester, forberedelse til arbeidslivet og rekreasjonsmuligheter på en måte som best mulig fremmer barnets sosiale integrering og personlige utvikling, herunder dets kulturelle og åndelige utvikling.

Ethvert barn har etter artikkel 26 rett til sosiale trygdeytelser, inkludert sosial forsikring, og partene skal treffe de nødvendige tiltak for at barnet oppnår fulle rettigheter i samsvar med landets lovgivning. Når det er hensiktsmessig, bør ytelser gis

under hensyn til ressursene og forholdene til barnet og de personer som har ansvaret for barnets underhold, samt andre forhold som har betydning for søknad om ytelse inngitt av eller på vegne av barnet.

Ethvert barn har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for barnets fysiske, psykiske, åndelige, moralske og sosiale utvikling, se artikkel 27. Det er foreldre eller andre som er ansvarlige for barnet, som har det grunnleggende ansvaret for å sikre, innen sine evner og økonomiske muligheter, de levevilkår som er nødvendige for barnets utvikling. I samsvar med nasjonale forhold og innenfor rammen av sine midler, skal imidlertid statene treffe egnede tiltak for å hjelpe foreldre og andre som har ansvaret for barnet til å virkeliggjøre denne rettighet. De skal ved behov sørge for materiell hjelp og støttetiltak, særlig med hensyn til mat, klær og bolig.

4.3 Kort om EU-regelverket

Avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) trådte i kraft 1. januar 1994. Som et ledd i avtalen ble gjeldende EF-rett på sosial- og helseområdet utvidet til å gjelde hele EØS-området. Nye bestemmelser vedtatt av EUs organer gjøres i hovedsak gjeldende som norsk rett etter nærmere bestemte prosedyrer. Selv om gjeldende EU-regler om sosial bistand og sosiale tjenester dermed i hovedsak gjelder for hele EØS-området, er det imidlertid en felles oppfatning mellom de nordiske landene at det er behov for et mer omfattende regelverk på dette området enn det som gjelder etter EF-retten.

Etter Maastricht- og Amsterdamtraktatene er den rettslige basis for EUs helsepolitikk nedfelt i traktaten om opprettelse av det Europeiske fellesskap (EF-traktaten), artiklene 95, 152, 153, se konsolidert utgave av traktaten om opprettelse av det Europeiske fellesskap, EF-tidende nr. C 325 av 24. desember 2002.

EF-traktatens artikkel 95 om harmonisering er et viktig uttrykk for helsepolitiske mål i EU. Det fastslås her (i nr. 3) at Kommisjonens forslag til harmoniserings av medlemsstatenes helselovgivning med mer skal baseres på et høyt sikkerhetsnivå, under hensyntagen til enhver ny utvikling basert på vitenskaplige kjensgjerninger. En derogasjonsklausul (nr. 4) tillater imidlertid medlemsstatene å gi særlige nasjonale bestemmelser for å beskytte miljø og arbeidsmiljø. Dersom Rådet eller Kommisjonen har vedtatt harmoniseringstiltak, kan en medlemsstat meddele Kommisjonen om at

en finner det nødvendig å opprettholde de nasjonale bestemmelsene for å ivareta visse viktige behov omtalt i artikkel 30, herunder offentlig sedelighet, offentlig orden, offentlig sikkerhet, og beskyttelse av menneskers og dyrs liv og sunnhet, eller vedrørende miljøbeskyttelse eller beskyttelse av arbeidsmiljøet (artikkel 95, nr. 4). Tilsvarende gjelder når medlemsstaten finner det nødvendig å innføre nasjonale bestemmelser basert på nytt vitenskapelig grunnlag vedrørende miljøbeskyttelse eller beskyttelse av arbeidsmiljøet på grunn av et problem som er spesifikt for medlemsstaten, og som viser seg etter vedtagelsen av harmoniseringsforanstaltningen (nr. 5).

Kommisjonen skal innen seks måneder bekrefte eller forkaste disse nasjonale bestemmelsene, etter å ha vurdert om de er et middel til vilkårlig forskjellsbehandling eller en skjult begrensning av samhandelen mellom medlemsstatene, og om de utgjør en hindring for det indre marked (nr. 6 første avsnitt), med mulighet for en forlenget vurderingsperiode på ytterligere 6 måneder (nr. 6 tredje avsnitt). Hvis Kommisjonen ikke har truffet noen avgjørelse innen dette tidsrommet, betraktes de nasjonale bestemmelsene som godkjent (nr. 6 andre avsnitt). Kommisjonen skal på bakgrunn av et slikt unntak undersøke om det gir grunnlag for tilpasninger av det generelle regelverket (nr. 7).

Medlemsstatene kan med en eller flere av de ikke-økonomiske begrunnelser som er nevnt i artikkel 30, treffe foreløpige tiltak. Slike tiltak er undergitt en fellesskapskontrollprosedyre.

Traktatens kapittel XIII omhandler folkehelse. I innledningsbestemmelsen (artikkel 152 nr. 1 første avsnitt) fastslås at det skal legges til grunn et høyt sunnhetsbeskyttelsesnivå ved fastleggelsen og gjennomføringen av fellesskapets politikk og aktiviteter. Fellesskapets innsats skal være et supplement til nasjonal politikk og være rettet mot forbedring av folkehelsen og forebygging sykdommer hos mennesker, samt mot å identifisere farekilder for menneskets helse. Innsatsen skal omfatte bekjempelse av de største helsetrusler ved å fremme forskning og helseopplysning og utdanning. (Artikkel 152 nr. 1 andre avsnitt). Medlemsstatene har imidlertid selv ansvaret for organiseringen og leveringingen av helsetjenestene under subsidiaritetsprinsippet ("the subsidiarity principle"), fellesskapets innsats skal være et supplement til de nasjonale politikker (nr. 1, andre avsnitt), og skal respektere fullt ut medlemsstatenes ansvar for organisasjon og levering av medisinsk behandling og andre helsetjenesteytelser (nr. 5).

Rådet i Fellesskapet skal bidra til virkeliggjørelse av målene i denne artikkelen ved blant annet å vedta bestemmelser til fastsettelse av en høy standard for kvaliteten og sikkerheten av organer og stoffer av menneskelig opprinnelse, blod og blodprodukter. Slik regulering er imidlertid ikke til hinder for at den enkelte medlemsstat opprettholder eller innfører strengere bestemmelser. (Artikkel 152 nr. 4 bokstav a). Rådet skal også vedta "tilskyndelsesforanstaltninger" med henblikk på beskyttelse og forbedring av folkehelsen, men uten at det er tale om harmonisering av medlemsstatenes lover og administrative bestemmelser. (Artikkel 152 nr. 4 bokstav c). Rådet kan også med kvalifisert flertall på forslag fra Kommissjonen vedta henstillinger med henblikk på å nå målene i denne artikkelen (nr. 4 siste avsnitt).

I avsnitt XIV er det bestemmelser om forbrukerbeskyttelse. Artikkel 153 skal sikre et høyt nivå på beskyttelse av blant annet sunnhet og sikkerhet for den enkelte forbruker. Disse hensynene inntas ved utformningen og gjennomførelsen av andre av fellesskapets politikk og aktivitet.

Også reglene i forordning nr. 1408/71/EF om samordning av trygdeordningene – som også regulerer rett til medisinsk behandling - når arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende eller deres familiemedlemmer flytter innenfor EU, gjelder for hele EØS-området. Som en følge av dette ble den nordiske konvensjonen om sosial trygghet fra 1981 opphevet i forbindelse med undertegningen av EØS-avtalen. Konvensjonen fra 1981 omfattet foruten trygdeordninger også sosialhjelp og sosiale tjenester. Den nordiske konvensjonen om sosial trygghet av 15. juni 1992, som trådte i kraft 1. januar 1994, gjelder ytelser som reguleres av trygdelovgivningen og supplerer forordning 1408/71/EF. Sosialhjelp og sosiale tjenester er nærmere regulert i Nordisk konvensjon om sosialhjelp og sosiale tjenester av 14. juni 1994, se punkt 4.4.

Viktige EU-regler om sosial bistand finnes også i forordningen om arbeidskraftens frie bevegelighet innenfor fellesskapet (nr. 1612/68/EF). I artikkel 7 nr. 2 i denne forordningen blir det slått fast at arbeidstakeren skal nyte de samme sosiale fordeler som landets egne borgere. Denne likestillingen gjelder også for arbeidstakerens familiemedlemmer. Tilsvarende rettigheter for selvstendig næringsdrivende følger direkte av forbudet mot diskriminering i EF-traktatens artikkel 12. Når en person har fått rett til å oppholde seg i landet på grunnlag av ervervsmessig virksomhet, mister ikke vedkommende denne retten selv om ervervsvirksomheten opphører og personen får behov for hjelp fra det offentlige.

Personer som ikke omfattes av disse reglene for yrkesaktive med familie, har ikke samme rett til sosial bistand i henhold til EF-retten. Dette fremgår direkte av bosettingsdirektivene (rådsdirektivene (EØF) 93/96, 90/365 og 90/364). Disse gjelder henholdsvis for studenter, for arbeidstakere og selvstendige næringsdrivende som ikke lenger er yrkesaktive, og for andre. Etter disse direktivene er oppholdsretten avhengig av at vedkommende har midler til rådighet, slik at han eller hun og eventuell familie ikke blir liggende vertslandets sosiale bidragssystem til byrde. For personer som søker arbeid i landet eller søker oppdrag som selvstendig næringsdrivende, og som på dette grunnlag har rett til å oppholde seg midlertidig i landet, er det også et krav at de ikke skal falle det offentlige til byrde under dette oppholdet. Reglene om unionsborgerskapet (EF-traktatens artikkel 18) har likevel utvidet ikke-yrkesaktive EU-borgeres rett til sosial bistand.

Det er imidlertid besluttet vedtatt enkelte begrensende overgangsordninger for borgere av landene som ble medlemmer av EU 1. mai 2004. Videre er utarbeidelsen av det såkalte tjenstedirektivet, et arbeid som kan ha betydning i relasjon til den kommunale sosial- og helsetjenesten.

4.4 Nordisk konvensjon om sosialhjelp og sosiale tjenester

Den nordiske konvensjon om sosialhjelp og sosiale tjenester ble undertegnet 14. juni 1994, og trådte i kraft 1. oktober 1996. Konvensjonen sikrer at statsborgere i et annet nordisk land likestilles med landets egne borgere ved anvendelsen av den lovgivning som omfattes av konvensjonen.

Konvensjon får anvendelse på all lovgivning som til enhver tid gjelder i de nordiske land om sosialhjelp og sosiale tjenester, samt andre sosiale ytelser som ikke omfattes av reglene i Den nordiske konvensjon av 15. juni 1992 om sosial trygghet (trygdeytelser). Artiklene 5 og 9 skal også anvendes på lovgivningen om helsevesenet, jf. artikkel 2. Om ikke annet framgår av de enkelte artiklene, får denne konvensjon anvendelse på nordiske statsborgere og andre personer som har lovlig bopel i et nordisk land, jf. artikkel 3.

Ved anvendelsen i et nordisk land av lovgivning som omfattes av denne konvensjon, følger det av artikkel 4 at statsborgere i et annet nordisk land skal likestilles med landets egne borgere når de har lovlig midlertidig opphold eller lovlig bopel i landet.

Av artikkel 5 følger at en statsborger i et nordisk land ved skriftlig kontakt med en myndighet i et annet nordisk land i saker som gjelder sosialhjelp, sosiale tjenester, helsetjenester og sykdomsbehandling, har rett til å bruke dansk, finsk, islandsk, norsk eller svensk. I slike tilfeller skal myndigheten sørge for at vedkommende får den nødvendige tolke- og oversettingshjelp til disse språk, dersom det er behov for slik hjelp.

En person som omfattes av denne konvensjon, og som under lovlig midlertidig opphold i et annet nordisk land får umiddelbart behov for sosialhjelp og sosiale tjenester, skal fra oppholdslandet motta slik hjelp etter landets lovgivning som behovet for hjelp tilsier, jf. artikkel 6. En nordisk statsborger kan etter artikkel 7 heller ikke sendes hjem på grunn av sitt behov for sosialhjelp dersom hans familieforhold, tilknytning til bosettingslandet eller omstendighetene for øvrig taler for at han bør bli værende der, og ikke i noe tilfelle dersom han eller hun har hatt lovlig bopel i landet de siste tre årene.

Når en person som omfattes av denne konvensjonen, og som har behov for langvarig behandling eller pleie, ønsker å flytte fra et nordisk land til et annet nordisk land som vedkommende har en særlig tilknytning til, skal de ansvarlige myndigheter i de to landene søke å medvirke til en slik flytting, dersom denne kommer til å forbedre vedkommendes livssituasjon. De ansvarlige myndigheter i fra- og tilflyttingslandene kan, som ledd i en avtale om flytting, treffe beslutning om fordeling av utgiftene til behandling eller pleie mellom myndighetene i de to land, se artikkel 9.

Kommunene i grenseområdene mellom de nordiske land skal, etter artikkel 10, gjennom sine transportordninger samarbeide for å gjøre det mulig for funksjonshemmede og eldre å reise til en nabokommune i det andre landet på samme måte som de reiser til en nabokommune i sitt eget land.

4.5 Kort oversikt over den kommunale sosial- og helselovgivning i Sverige

4.5.1 Ansvarsforhold

Landstingene (tilsvarer de norske fylkeskommunene) og kommunene har ansvaret for helsetjenester til innbyggerne, mens det er kommunene som har ansvaret for sosiale tjenester.

4.5.2 Helsetjenester

Hovedreglene om helsetjenesten finnes i *Hälso- och sjukvårdslagen* av 1982. Dette er en rammelov

som inneholder grunnleggende regler for alle helsetjenester, og angir hva de ansvarlige organer har plikt til å tilby den enkelte pasient. Den angir imidlertid ikke hvilke rettigheter den enkelte pasient har. Disse rettighetene finnes i egne lover om taushetsplikt, pasientjournal, i tillegg til regulering av klagerett i lovene om psykiatrisk tvangsbehandling, behandling av rusmisbrukere ved institusjoner og smittevern.

Målet for helsetjenestene er en god helse og tjenester på like vilkår for hele befolkningen. Helsetjenestene skal gis med respekt for likeverd og for det enkelte menneskes verdighet, jf. hälso- och sjukvårdslagen 2 §.

Landstingene og kommunene har ansvaret for helsetjenester til innbyggerne, jf. hälso- och sjukvårdslagen 3 § og 18 §. Den svenske helsetjenesten er organisert som tjenester i og utenfor institusjon ("sluten och öppen vård"). Tjenestene gis i hovedsak på to nivåer, det vil si som primærtjenester ("primärvård") og helsetjenester på regionnivå ("regionsjukvård"). Primærtjenestene ytes av landstinget i kommunene, mens tjenestene på regionnivå ytes ved sykehus. Videre kan landstinget overlate deler av tjenesteytingen til andre. Dette har medført at en god del av helsetjenestene nå ytes av private.

Ledelsesansvaret for helsetjenestene skal etter beslutning av landstinget eller kommunen legges til en eller flere nemnder.

4.5.3 Nærmere om primærhelsetjenestene

Basisen i den svenske helsetjenesten er primærhelsetjenesten. Det utførende ansvaret for denne er lagt til senter for helsetjenester og legekontorer ("vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar, läkarmottagningar"), som tar seg av behandling som ikke må skje i sykehus. Primærhelsetjenesten yter også forebyggende tjenester som svangerskapskontroll og helsekontroller for barn. I tillegg tilbys hjemmebesøk og døgntjenester. Enkelte slike senter kan også foreta enkle operasjoner og for eksempel røntgenundersøkelser. Primærtjenesten har i de aller fleste tilfeller også ansvaret for helsetjenester innen eldreomsorgen.

Landstinget har som alminnelig utgangspunkt hovedansvaret for helsetjenestene, se 3 § første avsnitt, mens kommunene har ansvaret for helse- tjenester til personer som bor i boformer med særskilt service og omsorg for eldre og andre som har behov for slik bolig, se 18 § første avsnitt, jf. 3 § andre avsnitt, samt etter avtale med landstinget hjemmesyketjenester, se 18 § tredje avsnitt. I praksis innebærer dette at kommunene er tillagt ansvaret for å gi tjenester til eldre med stort behov av

helsehjelp, særlig personer som er ansett ferdigbehandlet ved sykehus. Landstinget har alltid ansvaret for legetjenestene, se 18 § fjerde avsnitt.

4.5.4 Sosiale tjenester

Sosialtjenestens virksomhet er i hovedsak regulert i *Socialtjänstlagen* av 2001. I tillegg reguleres tjenestene av *Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*, *Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten* og *Sekretesslagen* (taushetsplikt i offentlig virksomhet og begrensninger i offentlig innsyn i offentlige dokumenter).

Formålet med den kommunale sosialtjenesten er etter 1. kapittel 1 §, å fremme økonomisk og sosial trygghet, like levevilkår og aktiv deltakelse i samfunnet for alle. De sosiale tjenestene skal innrettes på å frigjøre og utvikle enkeltes og grupperes egne ressurser.

Det er kommunene som har ansvaret for sosiale tjenester til de som oppholder seg i kommunen, jf. *Socialtjänstlagen* 1. kapittel 2 §. Kommunens ansvar for oppgaver innen sosialtjenesten er lagt til den eller de nemnder som kommunen bestemmer (socialnämnder), jf. 1. kapittel 4 §. Nemndene kan ha forskjellige ansvarsområder, for eksempel kan tjenestetilbudet for barn ivaretas av en barne- og ungdomsnemnd, og tjenestetilbudet til eldre ivaretas av en pleie- og omsorgsnemnd.

Loven gjelder for alle, men den pålegger kommunen et særskilt ansvar for:

- barn og ungdommer (5. kapittel 1-3 §)
- eldre (5. kapittel 4-6 §)
- funksjonshemmede (5. kapittel 7-8 §)
- rusmiddelmissbrukere (5. kapittel 9 §)
- personer som pleier nærstående (5. kapittel 10 §)
- ofre for forbrytelser, og særlig kvinner som har vært utsatt for mishandling (5. kapittel 11 §)

Kommunens tjenester ("bistånd") består av økonomisk sosialhjelp ("försörjningsstöd och bistånd i övrigt"), se 4. kapittel, praktisk bistand, se 3. kapittel 1 § siste avsnitt), tilrettelagte boliger (se 4. kapittel 3 § første avsnitt nr. 2), barneverntjenester (se 5. kapittel 1-3 §) og behandling for rusmiddelmissbrukere (se 5. kapittel § 9).

4.5.5 Tilsyn og klage

Socialstyrelsen har det nasjonale tilsyn med sosial- og helsetjenesten, og skal følge med i og bidra til å videreutvikle tjenestene, se *Socialtjänstlagen* 13. kapittel 1 § og *Hälso- og sjukvårdslagen* 32 § andre avsnitt.

Tilsyn med virksomhet etter hälso- og sjukvårdslagen utføres av Socialstyrelsens seks regionale tilsynsenheter. Tilsynet skal bidra til høy sikkerhet, god kvalitet og rettsriktige avgjørelser.

Socialstyrelsen og *länsstyrelsen* har felles ansvar for tilsyn med virksomhet etter *Socialtjänstlagen* og *Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Socialstyrelsen har der et overgripende nasjonalt ansvar for samordning av tilsynet, mens länsstyrelsen har ansvar for det løpende tilsynet på regionalt nivå, se *Socialtjänstlagen* 13 kapittel § 2.

Etter *Socialtjänstlagen* kan alle beslutninger om tjenester ("bistånd") påklages til länsrätten ("förvaltningsbesvär"), se 16. kapittel 3 §. *Länsrätten*, som er en forvaltningsdomstol, kan prøve både lovligheten og hva som er et passende vedtak for den enkelte (full overprøvingskompetanse). Det innebærer at länsrätten kan erstatte kommunens vedtak med et nytt, og at kommunen umiddelbart må sette i verk et slikt vedtak, se 16. kapittel 3 § andre avsnitt.

Også beslutninger om tvangsinnlegg innen psykiatri, behandling av rusmiddelmissbrukere og smittevern kan påklages til länsrätten, se *Socialtjänstlagen* 16. kapittel 4 §. Klager på helsetjenester ellers er ikke lovregulert, men skal fortrinnsvis rettes direkte til helsepersonellet. Dersom dette ikke fører fram, kan saken fremmes for en pasientnemnd eller pasientombud. Disse har ikke kompetanse til å gjøre om beslutninger, men skal bidra til å løse problemene. Om en pasient mener at helsepersonell har begått feil eller unnlater, kan personen meldes til *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*. Dette er en statlig nemnd som kan fatte beslutninger om disiplinære tiltak, for eksempel gi advarsler eller tilbakekalle autorisasjoner. Pasienten kan påklage nemndens beslutning til länsrätten.

Videre har helsepersonell etter *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* av 1988 plikt til å melde fra til *Socialstyrelsen* om en pasient i forbindelse med helsehjelp har blitt rammet eller utsatt for risiko for alvorlig skade eller sykdom (*Lex Maria*), jf. 6. kapittel 4 §.

4.6 Kort oversikt over dansk kommunal sosial- og helselovgivning

4.6.1 Innledende merknader

Kommunene og amtskommunene (tilsvarer de norske fylkeskommunene) har ansvar for sosial- og helsesektoren. Sosiale tjenester er en av de

kommunale hovedoppgavene, mens ansvaret for helsetjenester med noen unntak er tillagt amtskommunene. Amtskommunene har ansvar for enkelte sosiale tjenester som behandling av rusmiddelmissbrukere i institusjon.

Sosial- og helsesektoren er den største kommunale utgiftsposten, og hovedtyngden av kostnadene er knyttet til barn og eldre, herunder institusjoner. De kommunale oppgavene er i hovedsak pålagt ved lov, men kommunen kan selv fastlegge det lokale servicenivået, innen rammen av lovverket. Regelverket søker å ivareta et ønske om kommunal frihet, fleksibilitet og forenkling, under forutsetning av ivaretagelse av borgernes rettssikkerhet, mulighet for effektiv kontrollutøvelse, valgfrihet og hensiktsmessig utgiftsstyring. Kommunenes utgifter blir i stor utstrekning refundert av staten.

4.6.2 Helsetjenester

Helsevesenets (Sundhedsvæsenets) oppgaver er fordelt mellom amter og kommunene. I København og Frederiksberg kommuner ivaretas sykehusoppgavene av *Hovedstadens Sygehusfællesskab* (HS). Amtskommunene har ansvaret for driften av sykehusvesenet og administrasjonen av den offentlige *sygesikring*. Amtene står således for hovedtyngden av virksomheten innen det samlede offentlige helsevesen. De enkelte amtsråd prioriterer innsatsen og fastlegger det lokale servicenivå innen rammene fastsatt i lovgivningen mv.

Ledelsen ved HS fastlegger servicenivået i HS, i samarbeid med de to kommuner og staten.

Ved løsningen av flere av helsevesenets oppgaver, er det en forutsetning at det skjer i et tett samarbeid på tvers av sektorer, myndigheter, institusjoner mv.

På helseområdet ivaretar kommunene først og fremst hjemmesykepleien, barne- og omsorgstannpleien og en rekke forebyggende helseordninger for barn og unge. Videre løser kommunene enkelte administrative oppgaver for *sygesikringen*, herunder f.eks. utstedelse av *sygesikringsbeviser*. De enkelte kommunalbestyrelser prioriterer likeledes innsatsen og fastlegger det lokale servicenivå innen rammene fastsatt i lovgivningen mv.

Viktige spørsmål om den enkeltes rettsstilling er regulert i *Lov om patienters retsstilling*. Lovens overordnede formål er å sikre respekten for pasientens verdighet, integritet og selvbestemmelsesrett. Videre skal den styrke tilliten og fortroligheten mellom pasient og behandler. Loven omhandler spørsmål om taushetsplikt for helsepersonell, informasjon og samtykke, rett til innsyn i egen

journal, rett til tolketjenester, rett til rehabilitering og habilitering samt retten til å si nei til livsforlengende behandling når døden er uunngåelig.

Klager over forhold omfattet av denne loven kan bringes inn for *Sundhedsvæsenets Patientklagenævn*. Pasientklagenemndens avgjørelser kan ikke bringes inn for andre administrative myndigheter.

4.6.3 Sosiale tjenester

Den kommunale sosialtjenestens virksomhet reguleres i hovedsak av *Lov om aktiv socialpolitik*, *Lov om social service* og *Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område*. Enhver som oppholder seg lovlig i Danmark har rett til hjelp etter disse lovene, jf. henholdsvis *Lov om social service* § 2 og *Lov om aktiv socialpolitik* § 3.

Lov om aktiv socialpolitik skal forebygge at personer får behov for hjelp til forsørgelse dersom de har eller kan få vanskeligheter med å være i arbeid. Det er også et formål å skape et økonomisk sikkerhetsnett for personer som ikke på annet vis kan sørge for seg selv og sin familie. Hensikten med å gi hjelp til forsørgelse er å sette mottakeren i stand til å klare seg selv. Mottakers arbeidsevne skal benyttes og utvikles etter evne, blant annet ved å ta imot tilbud om arbeid. Mottakeren skal ha mulighet for innflytelse og medansvar ved tilretteleggelsen av hjelpen, se § 1. Når det gis stønad er det primært med sikte på at stønaden skal være kortvarig.

Lov om social service pålegger kommunene i korte trekk å tilby rådgivning og støtte for å forebygge sosiale problemer, allmenne serviceytelser, tilgodese behov som følger av nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne eller særlige sosiale problemer, jf. § 1. Hensikten med tilbudene er å fremme den enkeltes mulighet for å klare seg selv eller lette den daglige tilværelsen og forbedre livskvaliteten. Hjelpen skal tilrettelegges i samarbeid med vedkommende ut fra den enkeltes behov og forutsetninger. Kommunen skal tilby tjenester som:

- barneverntjenester
- rådgivning på området
- praktisk bistand
- pleie og omsorg
- botilbud til funksjonshemmede
- særlige behandlingstilbud
- aktivitetstilbud (dagsenter, vernede arbeidsplasser eller lignende)
- hjelpemidler til funksjonshemmede.

Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område skal sikre borgernes rettigheter og innflytelse under saksbehandlingen og fastlegge

struktur og grunnleggende prinsipper for saksbehandlingen. Søknader, spørsmål om hjelp og klagesaker skal behandles etter reglene i denne loven. Videre skal loven fremheve forvaltningens plikt til å legge til rette for helhetlig hjelp og plikten til å forebygge at personer som har eller kan få vansker med å være i et arbeidsforhold får behov for hjelp til forsørgelse.

Etter lovens § 60 kan avgjørelser som kommunen og amtskommunen treffer etter den sosiale lovgivning, bringes inn for *det sociale nævn* av den som avgjørelsen gjelder. Det er et *socialt nævn* i hvert amt, jf. § 55. Avgjørelser om det generelle servicenivå, herunder hvilke tilbud og plasser som skal være til rådighet i kommunen og amtskommunen og takster for tilbudene, kan ikke bringes inn for annen administrativ klagemyndighet. Også uenighet mellom kommuner og amtskommuner om deres forpliktelser kan bringes inn for *det sociale nævn*. *Den Sociale Ankestyrelse* er klageinstans for avgjørelser i saker som er behandlet av *det sociale nævn*. Et vilkår for å ta

klagen til behandling er at saken er av prinsipiell eller generell betydning.

Etter lovens § 16 har kommunalbestyrelsen plikt til å føre tilsyn med hvordan de kommunale oppgaver løses. Tilsynet omfatter både innholdet av tilbudene og den måten oppgavene utføres på. *Amtsrådet* har på samme måte plikt til å føre tilsyn med hvordan de amtskommunale oppgaver løses, jf. § 39.

Staten fører også et alminnelig tilsyn med amtskommunenes og primærkommunenes virksomhet. Det er opprettet fem regionale tilsynsorganer ledet av en *statsamtmann*. Det enkelte tilsynsorgan fører således tilsyn med flere amtskommuner. Tilsynets kompetanse omfatter legalitetstilsyn der lovgivning er rettet mot det offentlige, og det ikke finnes en særlig klageinstans. Tilsynet kan likevel behandle saker der den særlige klageinstansen, som for eksempel *Den Sociale Ankestyrelse*, av forskjellig grunner ikke har kompetanse til å behandle saken. I tilfeller der lovbrudd er særlig klart (klarhetskriteriet), kan tilsynet oppheve eller annullere beslutninger, eller ilegge tvangsbøter.

Kapittel 5

Harmonisering

5.1 Innledning

Mange mennesker får tjenester både etter Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Ulike løsninger på likeartede problemstillinger etter de to lovene innebærer et kompliserende element i arbeidet med å samordne tjenestene på en måte som gjør det enkelt for tjenestemottakeren og effektivt for tjenesteyter. Større grad av enhetlig og samordnet regelverk vil være en viktig del i arbeidet for å sikre helhet i tjenestetilbudet og en helhetlig tilnærming til borgernes behov.

Det såkalte Lovstrukturutvalget avga den 10. november 1992 delutredning II, *Bedre struktur i Lovverket*, NOU 1992: 32. Utredningen inneholder en gjennomgang av hele lovverket, herunder den kommunale sosial- og helselovgivning, med forslag om sammenslåing og oppheving av lover. Utredningen inneholder også forslag om tiltak og endringer i regler og prosedyrer særlig når det gjelder forskrifter, med det formål å sikre et bedre og mer oversiktlig regelverk. Et sentralt synspunkt i denne forbindelse er at brukerne av lovverkets bestemmelser om organisering i første rekke er forvaltningen selv. Rettslig sett er regler om organisering derfor et stykke på vei overflødige. Likevel kan reglene være viktige, for eksempel der lovgiver ønsker å markere at det offentlige påtar seg forpliktelser i forhold til visse typer tjenester, uten at det dermed skapes motsvarende rettigheter for den enkelte borger, se utredningens side 142. Men lovene om slike spørsmål bør utformes slik at det ikke legger unødvendige bindinger på organisering, samordning og kontroll med en virksomhet som drives. Dette hovedsynspunktet er i stor grad fulgt opp i Kommuneloven, og kan sies å inngå som en forutsetning i dette utvalgets mandat.

Lovgivning om rent organisatoriske og eventuelt finansielle forhold, bør etter Lovstrukturutvalgets oppfatning i utgangspunktet være oppdelt etter de ulike forvaltningsnivåer. Med dette utgangspunkt blir det et hensiktsmessighetsspørsmål hvorvidt det er ønskelig med en lov for hvert nivå, eller en omforent lov oppdelt i kapitler. Det må her blant annet legges vekt på hensynet til sammenhengen med det materielle regelverket

(bestemmelser om sosial- og helsetjenestens innhold), se side 142 og 143. Lovstrukturutvalget understreker imidlertid følgende:

”Her er det grunn til å minne om at inkorporering av et stort antall bestemmelser i én stor og sammensatt lov ikke vil være noe stort fremskritt for brukere som bare har behov for å finne frem til og anvende utvalgte deler av denne.”

I en vurdering av hvordan Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven bør harmoniseres, er det naturlig å se på hvor mange som benytter tjenestene og samspillet mellom disse tjenestene, se punkt 5.2. Det er de som mottar ytelser etter begge lovene til samme tid som vil ha størst nytte av et samordnet regelverk. Men selv om antallet dette gjelder er et sentralt moment ved vurderingen av hvor langt man bør gå i retning av å lage et samordnet eller felles regelverk, er det ikke i seg selv avgjørende for hvilken harmoniseringsløsning som velges. Det er et mål å begrense antallet lover også av hensyn til oversiktliggjhet i regelverket, faglig standard ved utformingen av bestemmelsene og anvendelsen av dem og for å unngå at det oppstår utilsiktede ulikheter ved reguleringen av ganske parallelle problemstillinger. Hvis likeartede tjenester kan samles i en felles lov uten at det virker kompliserende for målgruppene, bør det søkes gjort.

Harmonisering som forenkler regelverket er fordelaktig for den reglene angår, for tjenesteyterne og for rettsordenen. Den som har hatt kontakt med én tjeneste, vil lettere ”kjenne seg igjen” og være i stand til å ivareta sine interesser og samhandle med tjenesteyterne, hvis regelverket og praktiseringen av det er likt på tvers av tjenestegrensene. Dette gjelder også i forhold til det betydelige antall forskrifter som gjelder på sosial- og helsesektoren. En viktig virkning av harmonisering av lovverket er at antallet forskrifter bør kunne reduseres.

Bedre samspill mellom tjenestene kan ikke utelukkende løses med juridiske virkemidler. Regelharmonisering må ses i sammenheng med øvrige statlige virkemidler, herunder finansieringsordnin-

ger og kontrollsystemer. En felles lovgivning kan imidlertid tilrettelegge for enklere og bedre samhandling på tvers av tjenestestrukturane, både ved at hindringer for fornuftig samhandling fjernes, ved at det etableres flere arenaer for samhandling på tvers av profesjonsgrensene, og ved de signaler som en slik lovgivning formidler. Endrede eller nye regler kan påvirke adferden til administrasjonen, tjenesteyterne og tjenestemottakeren. Det er også antatt at regler i mange sammenhenger kan påvirke holdninger og verdisyn på lengre sikt.

Statlige virkemidler kan også ha utilsiktede vridningseffekter. Virkemidlene kan for eksempel i enkelte tilfeller føre til at tjenestetilbudet utformes slik det fremtrer som hensiktsmessig for kommunen ut fra administrative og finansielle grunner, og i mindre grad er rettet mot tjenestemottakerens individuelle behov. Virkemidler kan videre være utformet slik at de bidrar til å hemme, snarere enn å fremme samarbeid mellom etatene, fleksibilitet og helhet, se nærmere punkt 5.4.

Rattsutvalget avga innstillingen *En ny arbeids- og velferdsforvaltning* (NOU 2004: 13) den 29. juni 2004. Innstillingen behandler alternative forslag til samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver. Som tidligere nevnt hadde Rattsutvalgets mandat mange berøringsflater med mandatet til dette utvalget. Rattsutvalgets innstilling er svært omfattende og i og med at den ble avlevert så kort tid før nærværende utvalg måtte avslutte sitt arbeid, er det ikke funnet mulig eller hensiktsmessig å diskutere og vurdere forslagene i denne innstillingen.

5.2 Tjenesteytere og tjenestemottakere

I henhold til opplysninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) utgjorde offentlige utgifter til primærlegetjenesten i 2002 kr. 1050 per innbygger (Folketrygden medregnet), mens kommunens netto utgifter utgjorde kr. 610. Mer enn 30 prosent av kommunens utgifter gjelder pleie- og omsorgssektoren, og om lag 80 prosent av dette er relatert til lønn. 50 prosent av utgiftene er knyttet til institusjonstjenester, mens 43 prosent gjelder hjemmetjenestene. Totalt var 417 000 personer sysselsatt i næringen sosial- og helsetjenester i 2001. Bare i pleie- og omsorgssektoren ble det utført 91 400 årsverk i 2001, noe som utgjorde omlag 0,45 årsverk per tjenestemottaker. Årsverksinnsatsen økte med om lag 12 000 årsverk fra utgangen av 1997 til utgangen av 2001. Omtrent 50 prosent av årsverkene ble utført av sykepleiere og hjelpepleiere, 15 prosent

av personell med annen helse- eller sosialfaglig utdanning og 35 prosent av ufaglærte eller av personell med annen fagutdanning. I tillegg utfører leger og fysioterapeuter omlag 600 årsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. I kommunehelsetjenesten ble det i 2002 avtalt i overkant av 4 000 legeårsverk, inkludert 257 årsverk i institusjonene. Også for fysioterapeuter var det avtalt i overkant av 4 000 årsverk totalt, inkludert 357 årsverk i institusjonene. Innenfor skolehelse- og helsetasjonstjenesten var det samlet avtalt omlag 3 000 årsverk i 2002, hvorav helsesøstere utgjør den største enkelte yrkesgruppen.

Befolkningens aldersstruktur, og endringer i denne, indikerer i en viss utstrekning sammensetningen og størrelsen av tjenestemottakergruppene og hvor det kan forventes endringer i disse. Tjenestebehovet er i stor grad proporsjonalt stigende med alder over et visst nivå. Den eldste yrkesaktive aldersgruppen (40-69), er den gruppen som har vokst mest i antall de siste årene. De som går ut av denne gruppen, tilhører de små fødselskullene fra 1930-tallet, mens de som går inn i den tilhører de store kullene fra første halvdel av 1960-tallet. Som en konsekvens av de små fødselskullene på 1970-tallet har antall personer i aldersgruppen 20-29 år sunket. Antallet i aldersgruppen 80 år og eldre er derimot økende. SSB la i 2002 til grunn at antallet personer på 67 år og over ville synke svakt de påfølgende tre-fire årene, for deretter å øke betydelig. Tilsvarende legges til grunn at antallet personer på 80 år og over vil øke frem til 2007, synke til 2017, og deretter øke meget sterkt.

Befolkningens levealder har vært jevnt økende de siste 20-årene. Kvinner har gjennomgående høyere forventet levealder enn menn, men forskjellen er minkende. Forventet gjennomsnittlig levealder har siden 1980 økt med 3,7 år for menn og 2,3 år for kvinner. I 1980 var kvinners forventede levealder 6,7 år lengre enn for menn. I 2001 var forskjellen redusert til 5,3 år. En gutt født i 2001 forventes å leve til han er 76,2 år gammel, mens en jente forventes å leve til hun er 81,5 år i gjennomsnitt. Økningen i levealder har sammenheng med en generelt lavere dødelighet over lengre tid. For personer i alderen 1-64 år har nedgangen i dødeligheten vært markert etter 1987.

Norske sykehus er mer behandlingsintensive enn tidligere, noe som blant annet reflekteres i redusert liggetid. Ansvaret for oppfølging og pleie av langtidspasienter, som til en viss grad skjedde i sykehusenes regi tidligere, er overført til kommunale institusjoner og hjembasert pleie. Behandlingsaktiviteten av inneliggende pasienter ved somatiske sykehus har økt med 13 prosent i en

tiårsperiode. Dette utgjør nesten 80 000 flere behandlede pasienter, samtidig som antallet døgnplasser er redusert med vel 20 prosent. Også i psykiatriske institusjoner har det vært en betydelig nedgang i døgnplasser på 1980- og 1990-tallet, mens gjennomstrømningen av pasienter har vært økende og gjennomsnittlig oppholdstid er kortet ned. Generelt kan det sies at antall opphold på norske sykehus har økt, men at de i snitt er av kortere varighet. Dette har vist seg å ha innvirkning på behovet for tjenestetilbud i den kommunale sosial- og helsesektoren.

SSBs nasjonale pleie- og omsorgsstatistikk er basert på summariske opplysninger og kan ikke gi svar på hvor mange tjenester den enkelte får, eller hvor stort behov den enkelte har for tjenester. Totalt var 203 500 personer registrert som brukere av pleie- og omsorgstjenestene ved utgangen av 2001. De fleste av disse mottok tjenester i egne hjem, mens i underkant av 42 000, mottok tjenester i institusjon. Antallet brukere av hjemmetjenestene har vært jevnt økende de siste årene, fra 142 600 i 1993 til 161 600 ved utgangen av 2001.

Over en tredel av tjenestemottakerne mottar bare praktisk bistand (hjemmehjelp). Mer enn to av tre brukere av hjemmetjenester er kvinner, og nesten halvparten er over 80 år. Mer enn fire av fem av personer over 90 år mottok tjenester i 2001, mens tilsvarende for aldersgruppen 80-84 år var to av fem personer. Aldersgruppen 80-89 stod for nærmere 40 prosent av utgiftene. Det er også en tendens at stadig flere brukere av pleie- og omsorgstjenester er under 67 år. Denne gruppen tjenestemottakere øker i antall og utgjorde omtrent en firedel av alle hjemmetjenestebrukerne i 2001. Gruppen har også størst behov for hjelp målt som gjennomsnittlig timer mottatt hjelp per uke. Dette har sammenheng med at de fleste tjenestene i denne gruppen ytes til personer med psykisk utviklingshemming og andre unge som har høy grad av fysisk funksjonshemming. Dette er personer som tidligere ville fått et tilbud i institusjon, men som nå bor hjemme.

I overkant av 45 000 personer bodde i boliger til pleie- og omsorgsformål ved utgangen av 2001. Av disse var om lag 13 500 under 67 år. Personer som bor i slike boliger er ikke regnet inn i det totale tjenestemottakertallet på dette grunnlag. Årsaken er at disse ofte mottar en eller annen form for praktisk bistand eller hjemmesykepleie og dermed allerede er registrert som mottakere av hjemmetjenester. Tilsvarende gjelder for personer som mottar avlastning eller støttekontakt.

Boliger til pleie- og omsorgsformål har ulik grad av tilrettelegging og tjenester og er et tilbud

både til eldre med behov for hjelp og til yngre med ulike funksjonshemminger. Beboerne kan få hjemmetjenester, enten fra fast tilknyttet personale eller fra den kommunale hjemmetjenesten. Ved utgangen av 2001 var 43 prosent av beboerne over 80 år, mens 30 prosent var under 67 år.

I alt 41 800 personer hadde plass i institusjon ved utgangen av 2001. Institusjonsplass er først og fremst et tilbud til de eldste og sykeste. Mer enn tre firedeler av institusjonsbeboerne var over 80 år, og kvinner utgjorde 75 prosent av disse. Nesten 87 prosent av beboerne var innskrevet i institusjonen for opphold ment å vare mer enn tre måneder (langtidsopphold). Mens 9 prosent av alle personer mellom 80-84 år bodde i institusjon, var det tilsvarende tallet for aldersgruppen 85-89 år 19 prosent, og for gruppen over 90 år 38 prosent. Dekningsgraden for personer 80 år og over i institusjon har gått ned hvert år siden midten av 1990-tallet.

Mottakere av avlastning i 2002 var underkant av 8 400 personer, hvorav brorparten var i aldersgruppen 0-17 år. Mottakere av støttekontakt var samme år i overkant av 20 000 personer. Videre mottok mer enn 6 000 personer omsorgslønn fra kommunen for å ta seg av pleietrengende nære slektninger i 2001.

Det var registrert 36 700 sykehjemsplasser ved utgangen av 2001, noe som er 2 400 flere enn i 1997. Likevel er det totalt sett blitt færre institusjonsplasser de siste årene. Noe av reduksjonen kan forklares med at en rekke institusjoner har blitt bygget om for å kunne gi tilbud om enkeltrom til dem som ønsker det, og at de tradisjonelle aldershjemmene erstattes av tilpassede boliger, som ikke er institusjoner. Det er en generell tendens at antallet plasser øker i sykehjem, mens tallet på plasser i aldershjem synker. Målet er at hjelpetrengende skal få anledning til å bo så lenge som mulig i sine egne hjem. Egne hjem omfatter også kommunale boliger med ulik grad av tilpasning. Det var i 2001 bare 6 100 aldershjemsplasser igjen, mens det i 1997 var mer enn 9 000. Nesten 88 prosent av alle rom i institusjoner er enerom. Antallet enerom har økt med mer enn 9 prosent siden begynnelsen av 1990-tallet, og utgjør mer enn tre firedeler av alle institusjonsplasser.

Når det gjelder økonomisk sosialhjelp, var det 137 667 stønadstilfeller i 2001. Gjennomsnittlig stønadstid var fem måneder, og det ble utbetalt totalt 4,6 milliarder kroner. Tallet på mottakere er høyest i aldersgruppen 20-29 år. Det er 5 538 stillinger i sosialkontortjenesten.

I takstbruksundersøkelsen for leger for avtaleåret 2002-2003 ble antallet konsultasjoner hos allmennlege (unntatt legevakt) på årsbasis anslått til

mer enn 11 millioner. Enkle pasientkontakter og sykebesøk er ikke medregnet. Fastlegekonsultasjoner utgjør således hovedtyngden av publikums kontaktpunkt med den kommunale sosial- og helsesektoren.

5.3 Interkommunalt samarbeid

Når kommunene er tillagt ansvar for å løse en oppgave, er de også ansvarlig for å organisere og planlegge tjenestene, delegerer myndighet der det er nødvendig og ansette kompetent personell. Dagens kommunestruktur fremstår på enkelte områder som lite hensiktsmessig, sett i forhold til kommunenes oppgaver og utfordringer som tjenesteytere. For mindre kommuner vil det kunne være et problem både å bygge opp den nødvendige spesialiserte faglige kompetanse og å ha tilstrekkelig kapasitet til å fange opp svingninger i behovet – omfangsmessig og kvalitativt.

Større kommuner vil kunne ha muligheter til å utnytte de økonomiske og faglige ressursene på en mer effektiv måte enn små kommuner. Kostnadene blir som regel lavere per innbygger i større kommuner, særlig gjelder dette administrasjonskostnader. Dette er imidlertid problemer som langt på vei kan avhjelpes ved et smidig og forpliktende interkommunalt samarbeid. Hvis regelverket for kommunale sosial- og helsetjenester legger forholdene til rette for forpliktende samarbeid om utførelse av tjenester og administrative oppgaver, vil dette gjøre det mulig å gi fullverdige tjenestetilbud til innbyggere av små kommuner uten at dette blir uforholdsmessig kostbart.

Et slikt samarbeid reiser imidlertid særlige problemer når det gjelder styringskompetanse og ansvarsforhold. Kommunen står således ikke fritt med hensyn til å delegerer avgjørelsesmyndighet til et slikt interkommunalt samarbeid, og i den utstrekning dette kan skje, fritar det ikke kommunen for det ansvar den har for tjenestens kvalitet og for at den enkelte tjenestemottaker får det hun eller han har krav på.

Delegasjon av avgjørelsesmyndighet innebærer at den det delegeres myndighet til, kan treffe beslutninger på vegne av organet som har forestått delegasjonen. Beslutningen vil ha de samme rettsvirkninger som om det var truffet av dette organet, forutsatt at beslutningen treffes innen rammen av delegasjonsvedtaket. Delegerende organ kan også gi generelle eller konkrete instruksjoner om hvordan saker skal behandles, beslutte at det selv skal treffe enkelte avgjørelser og omgjøre vedtak som er truffet i medhold av delegasjonsvedtaket så

langt ikke partsrettigheter er til hinder for dette. Delegerende organ kan dermed ikke gjennom delegasjon frasi seg ansvaret for avgjørelsene.

Spørsmål om det er adgang for kommunene til å delegerer myndighet til interkommunale organer må vurderes både i forhold til Kommuneloven og i forhold til de særlovene som gir kommunen ansvar og beslutningsmyndighet på vedkommende saksområde. Utgangspunktet er at det bare er adgang til delegasjon til annet forvaltningsorgan hvis det delegerende organet er overordnet det organet det delegeres til, slik at det kan utøve den kontrollinstruksjons- og omgjøringsmyndighet som er forutsetningen for at delegasjonsvedtaket skal være lovlig. I tillegg må delegasjon av den aktuelle beslutningsmyndighet fremtre som forsvarlig og ikke være i strid med bestemmelser eller forutsetninger i lovgivningen om hvordan beslutningsmyndighet skal utøves på vedkommende saksområde. Både Kommuneloven og særlover begrenser adgangen til delegasjon gjennom bestemmelser om hvilke organer som skal ha avgjørelsesmyndighet i bestemte saker og på hvilken måte avgjørelsen skal treffes.

I Ot. prp. nr. 72 (2003 – 2004) ga Helsedepartementet uttrykk for at det burde legges til rette for delegasjon tilknyttet miljørettet helsevern og smittevern. Kommunehelsetjenesteloven omtalte tidligere ikke interkommunalt samarbeid spesielt, selv om kommunene har hatt adgang til å organisere arbeidet gjennom interkommunale organer etter de generelle reglene i Kommuneloven. Det var således ikke gitt bestemmelser om adgang til delegasjon til interkommunale organer, og det ble antatt at kommunene heller ikke hadde adgang til å gjøre dette med hjemmel i annet rettsgrunnlag. Miljørettet helsevern og smittevern er områder hvor kommunene har myndighet til å gi pålegg i form av enkeltvedtak. Dette kan anses som et uttrykk for en proporsjonalitetsvurdering, hvor kravet til hjemmelens klarhet øker etter hvor inngripende den myndighet som vurderes delegert er.

Utgangspunktet er således at kommunene må ha hjemmel for å kunne delegerer myndighet. Ved lov 17. juni 2004 nr. 107 ble det foretatt endringer i Kommunehelsetjenesteloven og Smittevernloven, slik at kommunestyret nå kan delegerer myndighet til interkommunale organer. I Kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 første avsnitt og Smittevernloven § 7-1 sjette avsnitt er det nå åpnet adgang til delegasjon av myndighet på de to lovers saksområde både til interkommunalt samarbeid og til en annen kommune "etter reglene i Kommuneloven". Når kommunen har delegert myndighet til en annen kommune, skal imidlertid vedtak fattet av denne

stadfestes ”av kommunen der saken har sin opprinnelse.”

Her er det uklart hva man skal legge i henvisningen til Kommunelovens regler. Kommuneloven § 27, første avsnitt andre setning, gir et kommunestyre adgang til å gi styret for et interkommunalt samarbeid ”myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift og organisering.” Det er nærliggende å forstå dette slik at dette betyr at det ikke er adgang til å delegere avgjørelsesmyndighet i saker som angår enkeltpersoners rettigheter og plikter – enkeltvedtak. De nye bestemmelsene i Kommunehelsetjenesteloven og Smittevernloven om delegasjon til interkommunalt samarbeid eller til en annen kommune snakker imidlertid om delegasjon av henholdsvis ”myndighet og gjøremål” og ”myndighet”, og det er da nærliggende å forstå dette slik at det også skal kunne delegeres avgjørelsesmyndighet i saker om enkeltvedtak etter disse bestemmelsene.

I samme retning trekker særregelen om at hvis kommunen ”har delegert myndighet til en annen kommune”, skal vedtak ”stadfestes av kommunen der saken har sin opprinnelse”. Denne bestemmelsen bygger på en klar forutsetning om at det skal være adgang til å delegere myndighet til å treffe enkeltvedtak på disse saksområdene. En slik regel ville være ganske meningsløs hvis den skulle gjelde alle andre avgjørelser som treffes som ledd i driften av et interkommunalt samarbeid. I og med at denne regelen er begrenset til situasjoner hvor delegasjon har skjedd til en annen kommune, må den forstås slik at stadfesting ikke er nødvendig hvor vedtak treffes av et interkommunalt samarbeid, og forutsetningsvis at det er adgang til å delegere avgjørelsesmyndighet i enkeltvedtak også til et slikt.

Avgjørende for forståelsen av de nye bestemmelsene i Kommunehelsetjenesteloven og Smittevernloven om delegasjon til interkommunale organer er imidlertid i alle fall at disse lovendringene ikke ville vært verken nødvendige eller meningsfulle om de ikke gjaldt delegasjon av kompetanse til å treffe enkeltvedtak. Henvisningen til Kommunelovens regler må i denne sammenheng forstås ikke som en henvisning til spesialbestemmelsen i denne lovens § 27 om adgang til å etablere interkommunale samarbeid ”til løsning av felles oppgaver” som allerede på forhånd gjelder også på disse saksområdene, men som en selvstendig hjemmel for delegasjon av myndighet til å treffe enkeltvedtak på linje med det som gjelder i forhold til kommunens egne organer. I dette ligger at de alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper om rettsvirkningene av et slikt delegasjonsvedtak kommer til

anvendelse, noe som betyr at den enkelte kommune har kontroll- og instruksjonsmyndighet i forhold til det interkommunale samarbeidet i saker som angår personer som oppholder seg i kommunen, og at den når som helst kan treffe delegasjonsfullmakten tilbake – generelt eller i en enkelt sak eller sakstype.

Dette betyr at kommunen også etter et slikt delegasjonsvedtak har det rettslige og det politiske ansvar for de avgjørelser som treffes på disse saksområdene. Den rettslige betydning av de nye bestemmelsene om dette er at de gir hjemmel til delegasjon til et organ som i utgangspunktet ikke er underordnet den enkelte kommune, samtidig som det etableres et slikt underordningsforhold på de saksområder som det skjer delegasjon til dette. Det at den enkelte kommune har kontroll med og ansvar for de avgjørelser som treffes av det interkommunale samarbeidet, er med andre ord en forutsetning for lovlig delegasjon til dette av kompetanse til å treffe enkeltvedtak.

5.4 Offentlig ansvar for finansiering av tjenestene

Kommunenes handlefrihet er begrenset av de økonomiske rammebetingelsene de opererer under. Dette gjelder ikke bare i forhold til den totale budsjettammenningen, det forhold at de langt fleste kommuner er avhengig av statlige tilskudd i tillegg til sine ordinære inntekter, har gitt utgangspunkt for statlige krav til virksomhet i form av vilkår for ”øremerkede” tilskudd. Fra flere aktører innen kommunal sektor er det anført at staten i for stor grad styrer kommunene gjennom øremerkede tilskudd og detaljert regelverk, og at dette unødvendig binder opp administrative ressurser i begge etater. Detaljert statlig styring kan hindre optimal utnyttelse av ressursene i samsvar med lokale forhold.

Vurderingene av hvilke oppgaver som bør prioriteres, og av hvordan tjenestetilbudet skal organiseres, varierer fra kommune til kommune. Lokalkunnskap om innbyggernes behov og ønsker, kan gi muligheter til å prioritere ressursene på en måte som samsvarer bedre med innbyggernes preferanser enn det man kan få til ved en nasjonal normering av hvordan tjenestene skal organiseres. Kommunenes brede oppgaveportefølje gir også gode forutsetninger for å se ulike tjenesteområder i sammenheng, noe som kan gi prioriteringseffektive løsninger. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved hvilken betydning lokale prioriteringer har med hensyn til hovedtyngden av tjenester etter Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven.

Samtidig innebærer sentral styring en økt trygghet for at tjenestene i alle landets kommuner holder et akseptabelt innholds- og omfangsmessig minimumsnivå. Velferdsstaten bygger på idealet om en nasjonal minstestandard når det gjelder sosial- og helsetjenester for alle borgere, uavhengig av hvor de bor, og dette idealet er det et rettslig og politisk ansvar for de sentrale myndigheter å ivareta, også for tjenester som er lagt ut til kommunene. Utfordringene blir dermed å utforme regelverket slik at vi unngår at den nødvendige kontroll med at minstestandardene overholdes, glir over i en detaljstyring som helt stenger for lokal innovasjon og tilpasning, og for etablering av løsninger som går på tvers av tradisjonelle modeller. Dette gjelder ikke minst tilskudds- og refusjonsordninger, hvor ønsket om å kontrollere at pengene blir brukt i overensstemmelse med Stortingets intensjoner, lett kan føre til en spesifikasjonsgrad med hensyn til anvendelsesmåte og vilkår for tildelingene som medfører at lokale faglige, økonomiske og administrative prioriteringer vanskeliggjøres eller skyves i bakgrunnen på bekostning av tilpasning til det statlige regelverket.

Et særlig problem er tilsiktede eller utilsiktede foringer på valg av arena for tjenestetilbudet. Kommunen kan som alminnelig utgangspunkt velge å gi pleie- og omsorgstjenester i tjenestemottakerens hjem, i omsorgsbolig, i annen tilpasset bolig, i aldershjem eller i sykehjem. Det er imidlertid relativt stor forskjell på regelverket for tjenester i institusjon og tjenester i egne hjem, slik at regelverket gir ulike rettigheter og til dels ulike finansieringsmuligheter alt etter hvor tjenestene blir gitt. Etter utvalgets oppfatning er det svært viktig at både lover, forskrifter og finansieringsordninger er mest mulig arenanøytrale, og at kontrollen med tjenestetilbudenes kvalitet i stedet rettes mot den konkrete faglige forsvarlighet i forhold til den enkelte tjenestemottaker.

Dette er i tråd med retningslinjer gitt av Regjeringen i september 2002 for utforming av fremtidig statlig regelverk rettet mot kommunesektoren. Av disse fremgår at statens rolle bør være å legge til rette for at kommunene selv skal kunne velge og prioritere hva som er viktigst og hvordan tjenestene skal utføres. Forenkling av regelverket skal bygge på en grunnleggende forståelse av at når kommunene får ansvaret for å løse en oppgave, vil de også være ansvarlig for å finne måter å organisere oppgaveløsningen, delegerer etter behov, planlegge tjenesten, og ansette kompetent personale.

Avveining mellom nasjonale hensyn som kan begrunne statlig styring og de hensynene som begrunner lokal handlefrihet, må i tråd med dette

være bestemmende for utformingen av regelverk rettet mot kommunesektoren. Det er særlig hensynet til nærhet til tjenestemottakeren, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring, som begrunner lokal handlefrihet. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene gis og organiseres. Når det derimot gjelder hvilke typer tilbud som skal være tilgjengelig, og minimumsstandarden på disse, vil hensynet til nasjonale sosial- og helsepolitiske målsettinger tilsi en eller annen form for statlig kontroll og regulering. Tjenestenes særpreg gjør dem – på samme måte som Folketrygdens basisytelser – lite egnet som tema for en fri og løpende kommunalpolitisk prioritering. Sosial- og helsetjenestenes innhold må i stor grad være en nasjonal oppgave på grunn av underliggende krav om rettssikkerhet, herunder forutberegnelighet, likhet, etterprøvbarehet og minstestandarder ved tildeling av tjenester. Krav til innhold i tjenestene vil dermed sannsynligvis påvirke og begrense muligheten for lokale tilpasninger.

Det offentlig finansierer det meste av utgiftene til sosial- og helsesektoren, om lag 83 prosent på 1990-tallet. Ansvaret for tilbudet og finansieringen av tjenestene etter Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven er som alminnelig prinsipp lagt til kommunene, og utgjør hovedtyngden av kommunenes utgifter.

Tjenestene finansieres ved en kombinasjon av statlige rammetilskudd, øremerkede tilskudd, aktivitetsavhengige utbetalinger, refusjoner fra Rikstrygdeverket og egenbetaling. Statens bidrag til finansieringen kan være budsjettstyrte eller regelstyrte bevilgninger (overslagsbevilgninger). Overføringene som generelle rammetilskudd og som øremerkede tilskudd er budsjettstyrte. Overføringer i form av rammetilskudd er indirekte en del av finansieringen, siden rammetilskuddene til dels ytes etter faste kriterier der ulike faktiske forhold som anses av betydning for tjenestebehovet utgjør en viktig del. Gjennom de øremerkede ordningene bidrar staten direkte med midler på områder der det ønskes en målrettet innsats. Staten har også gjennom Folketrygden finansieringsansvaret for en rekke tjenester som gis av den kommunale helsetjenesten, herunder dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, medisiner, hjelpemidler mv.

Denne variasjonen av typer finansiering medfører i enkelte tilfeller at det kan være tilfeldig om kommunen skal dekke utgiftene innenfor de generelle tilskuddene, eller om det skal dekkes av særlige tilskudd som statlig bostøtte eller refusjoner

fra Folketrygden. For eksempel vil finansieringsansvaret for tjenestene variere med boform. Staten vil gjennom Folketrygden dekke utgifter til fysikalsk behandling for en tjenestemottaker som bor i omsorgsboliger, mens denne tjenesten fullt ut er et kommunalt finansieringsansvar dersom tjenestemottakeren bor i sykehjem.

Finansieringsordningene kan føre til uheldige vridninger i kommunenes planlegging ved at de velger det som er økonomisk mest lønnsomt framfor å vektlegge den enkelte tjenestemottakers behov. Det er derfor viktig at valg av finansieringsordninger ikke medfører utilsiktede kommunale løsninger.

Det vil alltid være en viss usikkerhet med hensyn til hvor mange som vil ha behov for sosial- og helsetjenester, hvor omfattende tjenester den enkelte har behov for, og om behandling og rehabilitering vil bli vellykket. Det vil derfor også være knyttet en viss usikkerhet til kostnadene forbundet med virksomheten. For å sikre stabile og gode ytelser er det imidlertid viktig at finansieringen av tjenestene i størst mulig grad muliggjør vektlegging av de enkelte tjenestemottakeres behov, er forutsigbar, og at systemet er harmonisert, enkelt og gjennomsliktig. Finansieringssystemet bør være forståelig og legge til rette for klar ansvars plassering og samordnet langsiktig planlegging av tjenestetilbudet.

5.5 Egenbetaling

Tjenestemottakerne bidrar til dels direkte til dekning av kommunens utgifter til sosial- og helsetjenestene gjennom egenbetaling. Egenbetaling er dels en finansieringskilde, og er dels en pris som skal bidra til effektiv ressursutnyttelse. Kommunene skal imidlertid ikke sette egenbetalingen så høyt at tjenestemottakerne vil avstå fra å søke tjenester som de etter medisinske og sosiale kriterier ville blitt tildelt.

Hva en tjenestemottaker betaler for tjenestene vil variere, blant annet avhengig av om vedkommende mottar tjenester i eller utenfor institusjon. Nivået på den samlede egenbetalingen varierer således etter boform. Dette skillet er felles for tjenester etter Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Lovene hjemler felles forskrifter som regulerer egenbetaling i og utenfor institusjon, henholdsvis forskrift 26. april 1995 nr. 0392 om vederlag for opphold i institusjon m.v. (Vederlagsforskriften) og forskrift 4. desember 1992 nr. 0915 til lov om sosiale tjenester m.v. kapittel 8.

Dagens finansierings- og egenbetalingsordning har vært gjenstand for kritikk på grunn av manglende harmonisering og nøytralitet mellom tilbud som i stor grad er alternative. Kritikken gjelder imidlertid også systemene hver for seg. Det har vært anført at Vederlagsforskriften kan være vanskelig å forstå og administrere, særlig i forhold til inntekts- og fradragberegningene, se blant annet i NOU 1997: 17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester (Jensenutvalget). Videre har arbeidsdelingen etter Vederlagsforskriften mellom kommune og trygdekontor fremstått som uoversiktlig og medført beregningsproblemer. Et annet eksempel på problematiske regelutforming i Vederlagsforskriften er at reglene for betaling for hjemmetjenester gir store variasjoner i egenbetalingen mellom kommunene for tjenestemottakere med inntekt over 2 G.

Egenbetaling for tjenester *utenfor institusjon* er basert på kommunale satser for den enkelte tjeneste som ytes, eller på en abonnementspris. Det er ingen sentral regulering av satsene, utover at egenbetalingen ikke kan overstige selvkost, og en skjerming av husstander med inntekt under 2 G. Dette innebærer at personer med omfattende pleie- og omsorgsbehov som bor i omsorgsboliger, betaler for legehjelp, fysioterapi, medisiner m.m. på lik linje med den øvrige del av befolkningen.

Adgangen til å kreve egenbetaling ved *langtidsopphold i institusjon* er nærmere regulert i Vederlagsforskriften. Den beregnes ikke i forhold til den enkeltes faktiske bruk av tjenester, men i forhold til tjenestemottakerens inntekt. Vederlaget dekker utgifter til kost, losji, pleie og omsorg, nødvendig tannbehandling, medisiner mv. og helsetjenester som kommunen organiserer etter Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre avsnitt. Øvre grense for egenbetalingen følger av Vederlagsforskriften § 3, slik at det ikke kan kreves høyere egenbetaling enn kommunens kostnader ved tjenesten.

Egenbetaling for *korttidsopphold i institusjon* er basert på en sentralt fastsatt døgnpris, jf. Vederlagsforskriften § 4. Egenbetalingen er normalt lavere enn for langtidsopphold, fordi den som benytter tilbudet vil ha samme faste utgifter til blant annet bolig som hjemmeboende. Lavere egenbetaling og høyere kostnader for institusjonen forbundet med korttidsopphold, betyr at kommunene dekker en større andel av utgiftene ved korttidsopphold enn ved langtidsopphold.

Jensenutvalget (NOU 1997: 17) la i sitt forslag til nytt finansieringssystem opp til at eventuelle nye finansierings- og egenbetalingsordninger skulle være nøytrale i forhold til kommunal organisering og prioritering, i størst mulig grad være like for

hele landet, ha skjermingsordninger for eldre og funksjonshemmede med dårlig økonomi, og synliggjøre reelle kostnader knyttet til botilbudet og pleietilbudet. Videre skulle nye ordninger bidra til å vri kommunal ressursbruk fra boutgifter til pleie- og omsorgstjenester, lette samspill mellom offentlig og privat omsorg, være enkle å forstå og administrere, samt bidra til at brukerbetalingen kan finansiere en større andel av utgiftene til omsorgssektoren

På bakgrunn av det ovenfor nevnte, anga Jensenutvalget hvilke hensyn finansierings- og egenbetalingsordningene burde ivareta. Det var brukermedvirkning, likhet, effektivitet, synliggjøring, enkelhet og fleksibilitet. Med brukermedvirkning var ment at den offentlige pleie- og omsorgspolitikken måtte baseres på et tjenestemottakerperspektiv, hvor tjenestemottakerne tillegges innflytelse over egen livssituasjon og over utformingen av tjenestene. Likhet ble anvendt i den forstand at det ikke bør være for store forskjeller i betalingsordninger og betalingsnivå mellom ulike boformer eller i ulike kommuner. Med effektivitet var ment at betalingssystemer innen pleie- og omsorgssektoren skulle medvirke til at de ulike aktører valgte løsninger i samsvar med tjenestemottakernes behov. Dette samtidig som ordningene skulle bidra til å sikre at tjenestene produseres så billig som mulig. Med synliggjøring var det ment at de ulike kostnadselementene i tjenestene måtte framstå klart, herunder hvilke tjenester betalingsordningene omfattet, og hva den enkelte tjenestemottaker skulle betale. Med enkelhet og fleksibilitet var det ment at betalingssystemene måtte være enkle å forstå og administrere, både når det gjaldt beregning av den enkeltes betaling, og ved innfordring og kontroll. Videre må tjenestene utformes ut fra den enkelte tjenestemottakers behov, uten at finansieringsordningene legger bindinger på kommunenes organisering og prioritering av tjenester.

Lavinntektsgrupper kan, samlet sett, risikere å betale mer i omsorgsbolig enn i institusjon, mens bildet er motsatt for grupper med høy inntekt. I forbindelse med egenbetaling anvendes også ulike inntektsgrunnlag avhengig av om det er betaling for hjemmetjenester, eller det gjelder betaling i institusjon. For hjemmetjenester er inntektsgrunnlaget husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag ved siste tilgjengelige skatteligning. I institusjon benyttes inntekt etter skatt og fradrag for gjeldsrenter i inntektsåret (disponibel inntekt).

Regelverket kan medføre at kommunene velger å tilby tjenester ut fra økonomi og ikke ut fra behov. Kommunen og tjenestemottakeren vil som en konsekvens av dette kunne få motstridende

interesser når det gjelder valget mellom for eksempel omsorgsbolig og institusjon, avhengig av hvilken inntekt vedkommende har. Dette innebærer at både kommunen og tjenestemottaker kan gjøre valg og prioriteringer avhengig av hva som er mest lønnsomt, snarere enn hva som er det beste tiltaket for å møte behovet.

Forslag om samordning av brukerbetaling i og utenfor institusjon er sendt på høring fra Sosialdepartementet. Høringsnotatet må ses i sammenheng med St.meld. nr. 45 (2002-2003) *"Betre kvaliteten i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene"*. Høringsnotatet diskuterer hvorvidt dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger er tilpasset utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten, og det beskrives ulike alternativer til dagens todelt system. Like betalingsordninger i og utenfor institusjon gir også behov for større likhet i finansiering av disse deltjenestene. På denne bakgrunn har utvalget valgt ikke å gå dypere inn i problematikken.

5.6 Alternative løsninger for et bedre harmonisert regelverk – Prinsipielle utgangspunkter for utvalgets vurderinger

Utvalget har vurdert tre modeller som kan føre til et bedre harmonisert lovverk:

Det minst radikale alternativ er å *oppretholde dagens system med to lover, men i harmoniserte utgaver*. En slik løsning er lovteknisk enkel å gjennomføre, og den vil medføre minst forandringer og opplæringsbehov i de eksisterende tjenestene. Fordelen med å harmonisere innenfor dagens regelverksstruktur på denne måten er blant annet at dette betyr at vi opprettholder et kjent system. Selv om systemet i dag synes å være uoversiktlig, vil antagelig dette argumentet ha vekt på kort sikt i forhold til forvaltere og beslutningstakere etter regelverket. Dette fordi tjenesteyterne vil ha lettere for å forholde seg til innarbeidede rutiner basert på et forholdsvis kjent skille mellom de to lovenes tjenester.

I forlengelsen av dette kan det argumenteres for at en harmonisering innenfor dagens struktur medfører at det ikke vil oppstå nye gråsoner i forholdet mellom de kommunale tjenestene, selv om de eksisterende gråsoner vil bestå, og at vi unngår de innkjøringsproblemer i forhold til andrelinjetjenestene som en nedbryting av de organisatoriske skillelinjene på førstelinjenivå vil medføre. Videre kan en harmonisering innenfor dagens regelverksstruktur muligens lettere ivareta de enkelte tjenes-

ters faglige "særpreg". For helsetjenestens del kan dette særpreget for eksempel beskrives av de funksjoner som utøves, hvem som utfører tjenestene, det faglige skjønn som utøves og den særlige stilling pasienten har innenfor helsetjenesten. Et fortsatt skille mellom helsetjenester og sosialtjenester i form av ulike lover vil da kunne synes mest hensiktsmessig.

Det er imidlertid grunn til å tro at en slik begrenset harmonisering av det eksisterende regelverk bare i liten grad vil være tilstrekkelig til å bryte ned de organisatoriske og profesjonelle skillene som i dag i stor utstrekning er et problem i den kommunale sosial- og helsetjenesten. En slik modell vil etter alt å dømme ikke kunne forhindre at de eksisterende faglige subkulturene fortsatt vil tendere til å holde seg innenfor og forsvare sine egne revirer. For tjenestemottaker vil en slik minimumsløsning neppe medføre noen vesentlig gevinst; tjenestetilbudet vil ikke bli mer oversiktlig, og muligheten for å få en forpliktende samordnet tilnærming til sammensatte problemer etter alt å dømme like dårlig som i dag.

Den motsatte ytterlighet er å utarbeide ikke bare *en felles kommunal sosial- og helsetjenestelov*, men også *endre Helsepersonelloven til å omfatte sosialpersonell*, samtidig som *Pasientrettighetsloven utvides til å omfatte mottakere av sosiale ytelser*. Etter utvalgets mening kan det avgjort være grunn til å utrede en slik vidtgående integrering og felles rettslig regulering av de to tjenestetypene. En slik reform vil imidlertid kreve betydelig mer tid til gjennomgang av eksisterende regelverk på disse områdene enn utvalget har hatt til rådighet. Det er også ganske usikkert om det vil være forstandig å ta et så bredt grep på reformarbeidet på én og samme tid. Utvalget oppfatter i alle fall sitt mandat slik at det ikke inviteres til å foreta en så bred gjennomgang av det materielle regelverk som en radikal samordning ville forutsette.

Utvalget er i stedet blitt stående ved et tredje alternativ; en *sammenslåing av de to lovene som spesifikt regulerer de kommunale tjenestene med fokus på de organisatoriske rammebetingelsene og behovet for en enhetlig og samordnet organisasjonsstruktur for sosial- og helsetjenesten*. De materielle rettighetsbestemmelsene i dagens lovverk er videreført i alt vesentlig med samme innhold som i dag. Saksbehandlingsreglene er samordnet innenfor Forvaltningslovens system, med nødvendige modifikasjoner.

Dette er en formell omlegging i forhold til det regelverk som i dag gjelder for kommunehelsetjenesten, men vil ikke innebære noen betydelig realitetsforskjell i forhold til det som gjelder i dag. Det

foreslås ingen ny personellovgivning, noe som betyr at dagens system hvor kommunalt helsepersonell går inn under Helsepersonelloven mens kommunalt sosialpersonells forhold som alminnelig utgangspunkt bare er regulert i Arbeidsmiljøloven, videreføres.

Det foreslås imidlertid felles regler om taushetsplikt og journalføring for alt personell i de kommunale sosial- og helsetjenester. Dette er en helt nødvendig reform hvis det skal være mulig å få til effektiv samhandling på tvers av profesjonsgrensene. Forslaget innebærer taushetspliktreglene i utkastet til ny Lov om sosial- og helsetjenester i kommunene trer i stedet for reglene i Helsepersonelloven for helsepersonellet i kommunene. I og med at de regler som foreslås i alt vesentlig er modellert etter Helsepersonellovens taushetspliktregler, vil dette ikke skape noen vesentlige problemer for samhandling med helsepersonell på annet tjenestenivå.

Selv om samordning med barneverntjenestene ligger utenfor utvalgets mandat, finner vi det helt nødvendig å foreslå at de nye og felles taushetspliktreglene også skal gjelde for barnevernet.

En felles lov for de kommunale sosial- og helse-tjenestene gir større grad av oversikt over regelverket for tjenestemottakere og forvaltere av regelverket. Dermed kan det være enklere å samordne tjenestene i kommunene slik at tjenestemottakerne kan motta et mer helhetlig tilbud. Det vil også gi bedre oversikt og kunnskap om lovverket for tjenestemottakerne, slik at de enklere kan orientere seg om hva slags hjelp vedkommende har krav på. En felles lov gir også mulighet for lettere å kunne utforme regler som gir større grad av likebehandling av tjenestemottakerne uavhengig av hjelpebehovet. En rendyrking av den enkelte tjenestes særpreg (som nevnt over) vil i mindre grad ta hensyn til et slikt helhetssyn. Ved utformingen av et felles regelverk er det også større mulighet for å finne like løsninger på parallelle problemstillinger.

En felles lov kan gi bedre mulighet for en helhetlig organisering av tjenestene slik at organiseringen av sosial- og helsetjenestene lettere kan tilpasses lokale ønsker og behov. I tillegg vil dette være i samsvar med den organisering av tjenestene vi nå finner i stadig flere kommuner, men gjøre denne enklere å forstå og praktisere.

Videre kan en felles lov med de samme overordnede mål, lettere kunne møte behovet for felles prioriteringer av de samlede sosial- og helsetjenester, blant annet slik at muligheten for ansvarsfraskrivelse fra de særskilte tjenestesektorene minskes, og at overlappende ansvarsforhold begren-

ses. En felles lov må likevel fortsatt ivareta de særskilte faglige hensyn ved tjenestene, enten dette er helsetjenester eller sosialtjenester.

5.7 Nærmere om utvalgets vurderinger av harmoniseringsproblematikken

Hensynet til likebehandling og muligheten for et samordnet og helhetlig tjenestetilbud til den enkelte tjenestemottaker, tilsier at regelverket bør gi like løsninger på like eller parallelle problemstillinger og legge bedre til rette for løpende samarbeid mellom sosial- og helsetjenesten der det er behov for dette. I dag er det forskjeller mellom Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven av strukturell art som medfører dårlig oversiktighet og store problemer for den tjenesteyter eller tjenestemottaker som skal bevege seg på tvers av faggrensene.

Forskjellene er spesielt fremtredende i forhold til klageordningene, taushetspliktsreglene og regelverket knyttet til institusjoner. Det er også ulike personellbestemmelser, som en følge av at krav og plikter til helsepersonell er samlet i en egen helsepersonellov, mens tilsvarende profesjonsbestemte regler ikke finnes for sosialpersonell.

Som det fremgår, mener utvalget at en felles lov for de kommunale sosial- og helsetjenestene er det beste alternativ for et bedre harmonisert regelverk og tjenestetilbud. En felles lov gjør det enklere for tjenestemottaker å orientere seg om hva slags hjelp vedkommende har krav på. Det vil også på sikt være den løsning som gir tjenesteyteren best oversikt over regelverket, og således gjør det enklere å samordne tjenestene slik at tjenestemottakerne kan motta et mer helhetlig tilbud.

Kommunene er blant de største velferdsproducentene i Norge. Regelverksutviklingen de senere år har trukket i retning av en organisering av disse tjenestene med økt vekt på lokal selvorganisering, og hvor statlige myndigheters oppgaver i større grad skal være å legge til rette for kommunal utvikling og lokal tilpasning, og å forestå en ytre og resultatorientert kvalitetskontroll av det tjenestetilbud som gis. Kommunene skal på denne måten selv få utvikle et tjenestetilbud tilpasset befolkningens ønsker og kommunenes forutsetninger. Dette kommer blant annet til uttrykk i Kommune-loven av 1992, som legger opp til at kommunestyret i stor grad skal stå fritt til å opprette organer og avgjøre hvor de enkelte funksjoner legges. I forarbeidene til loven er det forutsatt at også ansvaret

for å organisere tjenestene etter særlovene skal legges til de øverste kommunale folkevalgte organer.

Et ubegrenset kommunalt selvstyre på dette området ville kunne innebære store forskjeller mellom kommunene når det gjelder kvalitet og omfang av tjenester. Dette er verken heldig eller ønsket når det gjelder slike til dels grunnleggende velferdsmessige goder som det her er tale om. Her ligger en innebygd spenning mellom konkurrerende hensyn som ikke lar seg oppheve, men som må aksepteres hvis vi fortsatt vil holde fast på velferdsstatens grunnidé om grunnleggende sosial sikkerhet for alle. Oppgaven er å finne fram til forstandige løsninger som i størst mulig grad forener sosial sikkerhet for borgerne med rom for lokal tilpasning og kreativ fleksibilitet ved utformingen av tjenestetilbudet.

Det er fra enkelte hold gitt uttrykk for at utstrakt grad av lovfesting av individuelle rettigheter til tjenester, i realiteten vil kunne bidra til å flytte deler av ansvaret for resursfordeling fra folkevalgte organer til domstolene. Mot dette anføres at det vil innebære et brudd med sentrale velferdsstatlige idealer om borgernes rett til å få dekket grunnleggende behov for nødvendig sosial- og helsetjenester til enhver tid skal være prisgitt den enkelte kommunes økonomiske prioriteringer og rammebetingelser.

Utvalgets forslag til lovtekst er ment å være balansert og i tråd med det ovenfor nevnte. Forslaget er basert på at standardkravene defineres sentralt – av tilsynsorganer og i siste instans av sentrale politiske myndigheter, mens organisasjons- og utføreransvaret er lokalt.

Målgruppen for regelverket er primært tjenestemottakere og saksbehandlere i kommunene. For utvalget er det viktig at regelverket utformes slik at det i størst mulig grad bidrar til helhetlige og samordnede løsninger for tjenestemottakere med sammensatte behov, uten at dette medfører noen form for komplisering av den store del av tjenestene som knytter seg til rene fastlegekonsultasjoner (i overkant av 11 millioner). Disse gjennomføres stort sett uten at det er nødvendig med formell saksbehandling fra kommunens side eller samarbeid med andre tjenester, og utvalget ønsker ikke å gjøre noen endring i dette.

Utvalget er positivt til interkommunalt samarbeid. I forslaget § 11-4 er det også presisert at kommunen kan samarbeide med private organisasjoner og andre private aktører hvor det er egnet til å fremme sosial- og helsetjenestens formål. Av Kommune-loven § 27 følger at kommunene kan etablere interkommunale samarbeid om tjenesteytingen,

og det vil også kunne etableres samarbeid etter Lov om interkommunale selskaper, se dennes § 1. I utkastets § 10-3 er bestemmelsen i Kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 om utvidet adgang til delegasjon til interkommunalt samarbeid foreslått videreført.

En stor del av kommunens ressurser er knyttet til sosial- og helsesektoren. Mange kommuner opplever at summen av statlige pålegg og forventninger er vanskelig å realisere innenfor rammene av et ansvarlig totalbudsjett med de inntektene som stilles til rådighet. Isolert sett fremstår sjelden det enkelte pålegg som problematisk, men det kan anføres at summen av alle de gode enkelttiltak binder opp så mye ressurser at det blir vanskelig for kommunene å tilpasse dette de begrensede totalrammer. Med en begrenset tilgang på økonomiske ressurser og fagpersonell vil forpliktende og gjensidig samarbeid kunne hjelpe kommunene i å ivareta sine forpliktelser overfor kommunens innbyggere. Det må kunne legges til grunn at mange mindre kommuner vil kunne profitere på et gjensidig samarbeide om deler av tjenestene.

Sentralt definerte krav for finansiering av tjenestene har stor betydning, og kan medføre utilsiktede vridningseffekter. Utvalget ønsker å tilstrebe en løsning basert på effektiv ressursutnyttelse og kommunal frihet til å utforme og planlegge tjenestetilbudet (organisasjons- og utføreransvaret). Det stilles tradisjonelt to samfunnsøkonomiske krav til effektiv ressursutnyttelse i kommunesektoren: kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet. Kostnadseffektivitet innebærer at en tjeneste produseres så billig som mulig, mens prioriteringseffektivitet legger vekt på at det er de riktige tjenestene med ønsket kvalitet og omfang som tilbys for de riktige tjenestemottakerne. Det er en grunnleggende forutsetning at kommunen påser at den enkelte tjenestemottaker til enhver tid har et faglig forsvarlig tjenestetilbud. Ut fra dette bør de statlige økonomiske styringsvirkemidler i hovedsak være insentivbaserte og mest mulig generelle. Fokus bør rettes mot belønning ved oppfyllelse av nasjonale overordnede målsetninger, for derigjennom å legge til rette for ytterligere kvalitetsutvikling.

Større grad av insentivbaserte finansieringsordninger vil legge færre formelle bindinger på kommunens valg av løsninger. Den enkelte kommunes vurdering av behovet kan i større grad avgjøre hvilken løsning som velges, noe som igjen kan bidra til en effektiv ressursutnyttelse i tråd med den enkelte tjenestemottakers behov. I den grad kommunene ved planlegging og dimensjonering av tjenestene vektlegger egne kostnader framfor de samlede kostnader (for kommune, stat og

tjenestemottaker), kan det føre til uheldige konsekvenser med lite samfunnsøkonomisk effektive og fleksible løsninger. Videre utbygning og dimensjonering av tjenestene på grunnlag av en ensidig vektlegging av økonomiske hensyn på bekostning av tjenestemottakernes behov, vil være egnet til å svekke den enkeltes rettssikkerhet og virke negativt på tilliten til de lokale folkevalgte.

Utvalgets forslag viderefører det kommunale ansvar for å sikre at tjenestetilbudet dekker tjenestemottakerens behov (forsvarlighetskravet) og at kvaliteten på tilbudet er tilfredsstillende, uansett hvor hjelpen ytes. I utvalgets lovforslag er ikke institusjonsbegrepet benyttet. Forslaget er basert på krav til den faglige kvalitet av det tilbud som gis, uten referanse til bestemte typer arenaer. Tjenestemottakers bopel er i prinsippet personens "egen bolig", uavhengig av om vedkommende bor hjemme eller i institusjon. Arenanøytral regulering av tjenestetilbudet skal sikre at det er de behovene tjenestemottakeren har, og ikke boformen, som blir styrende for innholdet i tjenestetilbudet. Dette vil gi den nødvendige fleksibiliteten i forhold til tjenestemottakerens behov, samtidig som det gir kommunen frihet til å organisere tjenestene slik en finner det mest hensiktsmessig ut fra faglige vurderinger.

Tjenestetilbudet kan gis enten av det kommunale tjenesteapparat, av privat institusjon eller annen tjenestetilbyder på grunnlag av avtale med kommunen. Utvalgets forslag oppstiller imidlertid et krav om avtale mellom kommunen og privat tjenesteyter. Krav om avtale innebærer at det må ha foregått en kvalitetssikring og en klar definering av krav til de tjenester som skal gis, før kommunen overlater et ansvar for tjenestene til en privat tjenesteyter. Avtale med privat tjenesteyter vil ikke begrense kommunens overordnede ansvar for at tjenestemottakeren til enhver tid har et tilbud om faglig forsvarlig tjenester. For øvrig forutsettes at reglene i forslaget her gjelder tilsvarende for private tjenesteytere.

Utvalget legger til grunn at gode grunner taler for å videreføre et system med egenbetalingsordninger for enkelte sosial- og helsetjenester. Den økonomiske profilen i egenbetalingsordningene bør imidlertid utformes slik at den ikke kan påvirke utformingen av og etterspørselen etter de tilbud som gis, og således ha en etterspørselsregulerende og tilbudsvidende effekt. Egenbetalings-systemet bør fremstå som ensartet og rettferdig, og ikke virke vridende for hvilket tilbud kommunene vil tilby. Videre må det foreligge ordninger for å skjerme storbrukere av tjenester fra krav om egenandel og annen egeninnsats over et visst nivå.

Det er også en forutsetning at ingen skal betale mer i egenandel enn tjenesten faktisk koster.

Det er gitt fem sentrale forskrifter med hjemmel i Sosialtjenesteloven, mens det er gitt 37 forskrifter med hjemmel i Kommunehelsetjenesteloven. Av disse forskriftene er fire hjemlet i begge lovene. I et harmoniseringsperspektiv er det viktig at regulering av de samme eller ensartede forhold i de to tjenestetypene reguleres likt og i samme forskrift. Forskriftsverket bør være oversiktlig med så få forskrifter som mulig.

Utvalgets forslag legger forholdene til rette for en praktisk gjennomførbar løsning, hvor ordningene kan administreres på en enkel måte, herunder tildeling og fordeling av tjenester samt oppgjørsordninger for disse tjenestene. Skillet i regelverket mellom helsetjenester og sosialtjenester, og mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester, fremstår for utvalget som unødvendig uoversiktlig, samtidig som det kan være til hinder for gode og tjenlige løsninger. Manglende harmonisering og nøytralitet mellom tilbud som i stor grad er likeverdige, gjør reglene vanskelige å forstå for tjenestemottakerne og pårørende. Dette gjør det også unødvendig vanskelig å hevde rettighetene gjennom klageordningene.

Etter utvalgets oppfatning er det også grunn til å vurdere om dagens Barnevernlov i neste omgang bør integreres i den nye sosial- og helsetjenesteloven, men dette ligger utenfor vårt mandat. Utvalget vil også påpeke at kan det være spørsmål om ikke alle regler om bruk av tvang og makt i sosial- og helsetjenestene burde samles i en felles lov.

Utvalgets medlem Mandal bemerker at nødvendigheten av en best mulig harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivning tilsier at staten overtar ansvaret for økonomisk stønad til

livsopphold og stønad etter Sosialtjenesteloven §§ 5-1 og 5-2. Dette medlem mener en slik løsning vil være best egnet til å realisere sentrale målsettinger i mandatet for utvalget.

En slik reform vil bidra til å effektivisere og fokusere de øvrige funksjoner som skal ivaretas innenfor utvalgets forslag til ny felles lov for de kommunale sosial- og helsetjenester. Økonomisk stønad til livsopphold og stønad i særlige tilfeller etter §§ 5-1 og 5-2 i Sosialtjenesteloven er en type ytelser som er nært beslektet med trygdeytelsene, og bør ses i sammenheng med disse. På samme måte som etter Folketrygdloven er det her tale om pengeytelser som i seg selv ikke har noe behandlings- eller rehabiliteringsmessige formål. Faglig sett er det ingen avgjørende forskjell på situasjoner hvor slik stønad kombineres med andre kommunale sosial- og helsetjenester, og de hvor slike tjenester blir gitt i kombinasjon med ytelser fra trygdeetaten. I den forbindelse vises det til St.meld. nr. 14 (2002-2003) om samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten og Rattsutvalget (NOU 2004: 13) som har utredet ulike organisasjonsmodeller for samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten i kommunene. Dette medlem mener at i denne situasjonen bør de foreslåtte bestemmelser om økonomisk stønad til livsopphold og stønad i særlige tilfeller utelates fra utkastet.

Utvalgets *øvrige medlemmer* viser til det som er sagt foran, i punkt 1.4 og 5.2 om forholdet til Rattsutvalgets innstilling, *En ny arbeids- og velferdsforvaltning* (NOU 2004: 13). Med det mandat som er gitt for utvalgets arbeid og den tidsramme som står til rådighet, *finner disse* medlemmer det ikke forsvarlig å foreta en vurdering av forslagene i denne utredningen i nærværende innstilling.

Kapittel 6

Sentrale verdier i den kommunale sosial- og helsetjenesten

6.1 Innledning

Verdier kan sies å være vurderinger av hva som er av det gode, hva en ønsker å arbeide for å oppnå. Verdier er ikke objektivt gitt eller målbare. De er uttrykk for menneskelig opplevelse av egenskapene ved et fenomen eller system, og om den målestokk som man legger på sine valg og sin virksomhet. Dette er valg som i utgangspunktet tilligger lovgiver å ta, men for den enkelte tjenesteyter er også faglig innsikt og fagetikk viktige elementer ved valg av verdiplattform. Innen rammene av lovgivingen og de overordnede målene for tjenestene utformer aktørene i de forskjellige yrkesgrupper innholdet i sine roller. De fleste yrkesgruppene har nedfelt etiske prinsipper i skriftlige retningslinjer.

Det foreligger ikke noen samlet omtale av verdigrunnlaget for den norske sosial- og helsetjenesten. Når det gjelder helsetjenesten spesielt, står St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetjenesten* og NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge* sentralt. For sosialtjenesten har St.meld. nr. 28 (1999-2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstjenestene*, samme status. Velferdsmeldingen (St.meld. nr. 35 for 1994-1995) berører også enkelte verdispørsmål. Tilsvarende gjelder St. meld. nr 40 (2002-2003) side 7 flg. og NOU 2001:22 s. 17 flg. og kapittel 3.

Kommunen skal yte nødvendige sosial- og helsetjenester til personer som har behov for det. Tjenestetilbudet skal dekke alle innbyggere i kommunen, enten de er gamle, har funksjonsnedsettelse, psykisk lidelse, et alvorlig rusmiddelproblem eller er døende. Tjenestene skal være faglig forsvarlige og utformes med utgangspunkt i den enkeltes individuelle behov, ikke på grunnlag av generelle kategoriseringer som kjønn, etnisitet, funksjonsnedsettelse osv.

Det er et overordnet mål å gi et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud på et tilfredsstillende nivå. Det er videre et mål at tilbudet av sosial- og helsetjenester er mest mulig likeverdig uavhengig av bosted, inntekt, status og kjønn, og at den enkelte tjenestemottaker får medvirke i planlegging og gjennomføring av tjenesten. For å sikre likeverdighet i tjenestetilbudet kreves

at det i planlegging og organisering er bevissthet om og kompetanse på forskjeller i behovet for tjenester. Tjenestetilbudet begrenses imidlertid av ressurstilgangen, både når det gjelder økonomi, personell og materiell. Tilgang til tilstrekkelige ressurser er en viktig forutsetning for å kunne yte gode tjenester. Gode sosial- og helsetjenester har imidlertid ikke bare med kapasitet og strukturelle rammer å gjøre. Verdier, kultur og holdninger i sektoren påvirker i stor grad kvaliteten på arbeidet som blir utført.

Gode tjenester er også en viktig betingelse for helse og livskvalitet hos personer med omsorgsansvar eller sterk tilknytning til hovedbrukeren. Den som velger å gi omfattende omsorg til en nærstående (ektefelle, barn, forelder) som har en alvorlig sykdom eller annen funksjonsnedsettelse, prioriterer aktivt andre verdier enn egne behov, for eksempel tilhørighet, plikt eller kjærlighet. De offentlige tjenestene bør bygge på anerkjennelse av slike prioriteringer og innsatser, og bistå til at belastningen på omsorgsgiveres helse, karriere og sosiale liv begrenses så mye som mulig.

Det er i utgangspunktet ikke et symmetrisk forhold mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Mottakeren er i stor grad avhengig av hjelpeapparatet og tjenesteyteren. Graden av asymmetri i forholdet og hvor avhengig av hjelpen mottakeren er, varierer imidlertid. Det anses derfor som særlig viktig at den kommunale sosial- og helsepolitikken bygger på respekt for menneskeverdet og at tildeiling og gjennomføring av tiltak og tjenester skjer i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.

Rettsregler gis primært som lov eller forskrift. I hvilken grad rettsregler er egnet som virkemiddel, er blant annet avhengig av hva som ønskes regulert og hvordan reglene er utformet. Rettsregler kan gi borgerne nye materielle rettigheter eller plikter, men de kan også regulere ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåer, eller gi pålegg om prosedyrer for saksbehandling, tilsyns- og kontrollordninger med mer. Endrede eller nye regler kan påvirke adferden til administrasjonen og tjenesteyterne. Rettsregler gir, implisitt eller eksplisitt, uttrykk for hvilke verdier lovgiver leg-

ger vekt på og ønsker å fremme. Selv om det er vanskelig å måle eller påvise, forutsettes det at regler i stor grad kan påvirke holdninger og verdisyn på lengre sikt.

Den rettslige reguleringen kan positivt medvirke til å sikre at den som har behov for sosial- og helsetjenester får tilgang til de tjenestene vedkommende har behov for i tråd med det som er nevnt ovenfor. Slik sett kan rettslig regulering være med på å varetta de overordnede mål for tjenestene og de verdier disse målene er uttrykk for. Regulering kan sikre forutberegnelighet og at personer med likeartede behov skal få et mest mulig likeverdig tilbud. Reguleringen kan også medvirke til at den enkelte sikres respekt for sin personlige fysiske og psykiske integritet. Det følger av det alminnelige legalitetsprinsippet at inngrep i "borgernes rettssfære", herunder krenkelser av den personlige integritet, krever hjemmel i lov eller annet rettsgrunnlag. Det mest dominerende rettsgrunnlaget er samtykke fra tjenestemottakeren. Legalitetsprinsippet fungerer også som en rettskildemessig presumsjonsregel mot at tildeling av goder kan benyttes som virkemiddel til å begrense tjenestemottakers handlefrihet i større grad enn nødvendig og etisk forsvarlig ved at det settes ulike typer tyngende tilleggsvilkår for tildeling av en ytelse.

6.2 Formålsbestemmelser som uttrykk for verdier i lovgivningen

Bruk av formålsbestemmelsene i lovverket har undergått en utvikling. Fra å være et ukjent element i lovgivningsteknikken, har bruken av slike bestemmelser gradvis utviklet seg til i enkelte tilfeller omfattende programerklæringer som for eksempel i Sosialtjenesteloven § 1-1. Denne utviklingen har sammenheng med et ønske om at lovens formål i større utstrekning skal være styrende så vel ved anvendelsen av de enkelte materielle bestemmelsene i loven som ved saksbehandling og samhandling med tjenestemottakerne. Uttrykte verdiplattformer har en sentral stilling i de såkalte velferdslovene, både i selve lovteksten, i forarbeider til lover, i stortingsmeldinger og i offentlige utredninger. Verdiuttalelser kommer dels direkte til uttrykk og dels i form av mål- og oppgaveformuleringer.

Sosialtjenesteloven § 1-1 fastslår at lovens formål er å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer, samt å bidra til at den enkelte får mulighet til

å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Formålet med Kommunehelsetjenesteloven kommer til uttrykk i lovens § 1-2. Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme egen trivsel og sunnhet og folkehelsen. Det samfunnsbyggende perspektivet ved helsetjenesten er således tatt inn, i tillegg til behandlingsperspektivet. Tilsvarende verdiuttalelser finnes også i Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1, Pasientrettighetsloven § 1-1, Helsepersonelloven § 1, Smittevernloven § 1-1 og Folketrygdloven § 1-1. Nærhet og tilgang til faglig forsvarlige tjenester, respekt for enkeltmennesket og rettssikkerhet, god utnyttelse av tilgjengelige ressurser og fremme av sosial- og helseformål som ledd i samfunnsbyggingen, er uttrykk som går igjen i disse bestemmelsene.

Det har skjedd store endringer i sosial- og helsesektoren i de siste 20 årene. Både mottakerne av kommunale sosial- og helsetjenester og innholdet i tjenestene har endret seg, samtidig som det har vært sterk vekst når det gjelder driftsutgifter og personell. Det har kommet til nye og yngre tjenestemottakergrupper, og preferansene hos tradisjonelle mottakergrupper har forandret seg. Dette gjør at tjenestene til en viss grad må imøtekomme andre behov og ønsker enn de som tidligere har vært i fokus.

6.3 Det ukrenkelige menneskeverdet

Det syn at ethvert menneske er unikt og at enhver har samme menneskeverd, har grunnlag i en lang historisk tradisjon. I nyere tid har denne tanken blitt utviklet av 1700-tallets opplysningsfilosofen som Locke, Voltaire, og Montesquieu. Forestillingen om et ukrenkelig menneskeverd ligger til grunn for den norske Grunnloven, og prinsippet er nedfelt blant annet i FN's erklæring om universelle menneskeretter av 1948. I Menneskerettighetserklæringen omtales alle mennesker som unike og med et iboende verd. Menneskeverd får man i kraft av å være menneske, og ikke ut fra hva man har gjort seg fortjent til. At menneskeverdet er ukrenkelig, står som et selvsagt utgangspunkt for sosial- og helsesektoren, og begrenser myndighetenes mulighet til å relativisere eller rangere verd for å oppnå faglige eller økonomiske resultater.

Prinsippet om respekt for den enkeltes integritet er et utslag av det overordnede prinsippet om

menneskets ukrenkelighet. Integritetskravet er uttrykk for ideen om at alle mennesker har rett til en privat sfære og å bli møtt med respekt med hensyn til ulikhet i forhold til vurderinger og ønskemål, også om de mangler evne til helt og fullt å ta rasjonelle valg. Retten til selvbestemmelse, til å fatte beslutninger og handle i tråd med egne ønskemål og vurderinger i den grad dette ikke går ut over andres rett, og også en rett til medbestemmelse i den grad egne rettigheter berøres, er en kjerne i dette prinsippet. I forlengelsen av dette bør også nevnes verdien av at individet beholder kontrollen over og tar ansvar for sin egen tilværelse så langt mulig.

FNs menneskerettighetserklæring benytter uttrykket "iboende menneskeverd". Prinsippet om menneskets ukrenkelighet stadfestes ikke bare på tvers av ytre kjennetegn som kjønn, klasse, etnisk bakgrunn, utseende, funksjonsevne osv. Det stadfestes også uavhengig av indre kjennetegn som tro, tanke, politisk syn osv. Prinsippet gir samtidig støtte til en prioritering av dem som til en hver tid er de mest sårbare, og sikrer også at det ved utforming og tildeling av tjenester ikke blir lagt avgjørende vekt på vurderinger av skyld for egen situasjon eller sykdom.

6.4 Rettssikkerhet

"Rettssikkerhet" har for så vidt et veletablert og allment akseptert meningsinnhold, men betydningen har endret seg over tid. Etter sin historiske opprinnelse er begrepet uttrykk for grunnleggende krav den enkelte borger har overfor statsmakten. Tradisjonelt har det vært begrenset til vern mot inngrep i den formelle frihet fra så vel staten som fra andre borgere. Begrepet rettssikkerhet i den klassiske betydning kan sammenfattes som sikkerhet for sine rettigheter til ære, liv, frihet og til eiendom. Det ligger i dette også et element av sikkerhet mot rettstridige angrep fra andre borgere. Forutberegnelighet er en grunnverdi i den formelle eller prosessuelle rettssikkerhet. Borgerne skal følgelig vite hva de har å forholde seg til. Det skal finnes lover som oppstiller rettigheter og plikter, og lovene skal håndheves. I forvaltningsretten er begrepet tradisjonelt benyttet om et sett med virkemidler som skal sikre at den enkelte borger får oppfylt sine rettigheter i forhold til det offentlige.

I vår velferdsstat stilles også enkelte materielle krav til retten, noe som kan sies å komme til uttrykk gjennom menneskerettighetserklæringene. I moderne juridisk teori er det videre tatt til orde for å inkorporere de velferdsstatlige grunn-

verdiene i begrepet, herunder at det bør utbygges til et "velferdsstatlig rettssikkerhetsbegrep" som også stiller krav til hvordan rettsordningen verner borgernes sosiale og helsemessige sikkerhet. Nærmere om dette, se Bernt 2001, Eskeland 1989 og Kjellevold 2003.

Rettssikkerhet innebærer blant annet at den offentlige myndighetsutøvelsen skal være forankret i på forhånd gitte rettsregler, slik at borgeren på den måten kan forutberegne sin rettsstilling og innrette seg i tillit til dette. Begrepet rettssikkerhetskrav benyttes om fordringer til rettsystemet (materielle regler), mens rettssikkerhetsgarantier benyttes om normer for hvordan kravene oppfylles, så som saksbehandlingsregler, tilsyn og kontroll (prosessuelle regler). Rettssikkerhetskrav er således de innholdsmessige krav til eller skranker for den offentlige myndighetsutøvelse som følger av grunnleggende krav til rettsordningen ut fra rettsstatlige og velferdsstatlige idealer. Med rettssikkerhetsgarantier siktes det til normer som sikrer gode og rette avgjørelser i forvaltningen og i domstolene. Dette kan være saksbehandlingsregler som tjenesteyterne skal følge, eller at mottakerne skal ha anledning til å klage på tjenestene dersom de mener tjenesteyteren har gjort feil. Eksistensen av et overordnet system for tilsyn og kontroll, uavhengig av om den enkelte mottaker fremmer en formell klage, er også en del av dette.

6.5 Sosial trygghet

Det er en forutsetning i det norske velferdssamfunnet at alle skal være sikret tilgang til nødvendig og faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester. Sosial trygghet er i denne sammenheng knyttet til å få nødvendig hjelp av en viss kvalitet ved sosiale eller helsemessige problemer, med respekt for og vern av fysisk og psykisk integritet og verdighet hos tjenestemottakeren. Alle som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er avhengige av praktisk, personlig hjelp eller pleie for å greie gjøremål i dagliglivet, skal være trygge på at de får nødvendig hjelp. Det innebærer også at den som mottar tjenestene kjenner seg trygg i møtet og samhandlingen med hjelpeapparatet og de som utøver tjenestene. De som trenger hjelp, og deres pårørende, må vite hvor og til hvem de skal henvende seg, og hvilke tilbud og avgrensinger som ligger i tjenestene.

Allmenn tilgang til tjenestene har fremstått som kjernen i prinsippet om sosial trygghet. Ved at kommunene prioriterer ulikt ved utviklingen av tjenestene med utgangspunkt i lokale forutsetnin-

ger og behov, har det oppstått forskjeller i utformingen av tjenester mellom kommunene. For blant annet å motvirke at det oppstår uakseptabelt store ulikheter, er det i de senere årene vedtatt mer detaljerte regler om hva som skal kjenne-tegne innholdet i tjenestene, ut over det som følger av mer generelle faglige og etiske prinsipper. Eksempler på slike regler er forskrift om ventetidsgaranti, forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, og Pasientrettighetsloven med nærmere regulering av retten til helsehjelp og retten til medvirkning.

6.6 Likeverd og rettferdighet

Kommunale tilbud om sosial- og helsetjenester skal være tilgjengelige og like for alle. Dette krever formell likhet og rettferdighet. Formell likhet kan sammenlignes med det grunnleggende juridiske prinsippet om at det ikke skal skje usaklig forskjellsbehandling, det vil si at like tilfeller skal behandles likt. Alle mennesker skal ha mulighet til den samme grunnleggende standard i forhold til levevilkår, livskvalitet og innhold i hverdagen. I forhold til mennesker med et stort hjelpebehov formuleres dette gjerne som et krav om minstenormer som må være oppfylt i forhold til livskvalitet og innhold i hverdagen.

Videre skal tjenestene være best mulig tilpasset de ulike behovene tjenestemottakerne har. Dette krever at en aksepterer at enkeltpersoner kan ha behov for særlige tiltak dersom en skal sikre reell likhet og rettferdighet. Personer med funksjonsnedsettelse og andre med hjelpebehov skal likestilles med andre, i betydningen at de ikke skal diskrimineres. Reell likhet innebærer at enhver skal ha de samme muligheter til livsutfoldelse og deltakelse, jf. NOU 2001:22 Fra bruker til borger punkt 1.4.2. Tildeling av tjenester må derfor foretas etter en individuell vurdering av den enkeltes behov.

Likeverd og rettferdighet er sentrale verdier i etisk teori. Fordelingen av tilbudet mellom ulike personer med ulike behov må således tåle å bli vurdert ut fra etiske prinsipper. I tanken om rettferdighet i tjenesteytelsen inngår en oppfatning om at tjenestemottakerne med de mest alvorlige problemer skal ha høyest prioritet. Ettersom det totale tilbudet ikke er ubegrenset, er det etisk akseptabelt å modifisere dette utgangspunktet noe ved at vedkommende må ha en forventet nytte av hjelpen. De fleste finner det også etisk forsvarlig å forutsette at kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

I prinsippet om likebehandling inngår også forhold knyttet til nærhet og tilgang til tjenester uavhengig av kjønn, alder, bolig og andre særlige individuelle forhold. Hensynet til likebehandling kan imidlertid være vanskelig å oppfylle når ønsket om individuell tilpassing er stort.

Felles for tjenestemottakere er at de er mennesker med hjelpebehov av større eller mindre omfang, og som kommunene etter lovverket har plikt til å hjelpe. Det er et vidt spekter og mangfold av behov, som varierer fra person til person. Å gruppere tjenestemottakerne etter spesielle kjennetegn har tidligere vært ansett som formålstjenlig, fordi de har enkelte fellestrekk som kan ha betydning for tjenestebehovet eller sammensetningen av tjenestene. Det er imidlertid ikke slik at alle med for eksempel fysisk funksjonsnedsettelse har det samme tjenestebehovet. Tilsvarende vil det være mange med hjelpebehov som kan høre inn under flere grupper, for eksempel rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser. Mangfoldet når det gjelder mottakere er stort og bildet komplekst, slik at generaliseringer sjelden faller heldig ut. Den enkeltes individuelle hjelpebehov må derfor være førende, og ikke hvilken gruppe han eller hun eventuelt tilhører.

6.7 Personlig autonomi og sårbarhet

En følge av å se på menneskeverdet som ukrenkelig, er å akseptere at mennesket har kompetanse til å gjøre egne valg. Begrepet personlig autonomi uttrykker blant annet prinsippet om enkeltindivids rett til å bestemme over forhold som gjelder dem selv. Videre er autonomi et sentralt element i begrepet personlig integritet. Gjennom prinsippet om autonomi kommer medbestemmelse og medvirkning inn i verdigrunnlaget i sosial- og helsesektoren.

Med medbestemmelse og medvirkning menes at mottakere av tjenester får innsyn i og innvirkning på tjenestetilbudet gjennom samarbeid med dem som yter hjelp. Tjenestemottakers opplevelse av innflytelse på egen situasjon kan begrense følelsen av avmakt og avhengighetsforhold. Samtidig er medvirkning og medbestemmelse en metode for å kvalitetssikre tjenester og avgjørelser. Autonomi eller selvstendighet kan også formuleres som en sentral målsetting, en verdi for menneskers liv, som tjenestene skal søke å understøtte og om nødvendig utvikle.

Den personlige autonomien ble stadig mer sentral i sosial- og helsetjenesten gjennom siste delen av forrige århundre. Det kan sies at det innen

norsk helserett kom et vendepunkt i 1977, da Høyesterett ga en pasient medhold i et krav om innsyn i det som var skrevet i hans journal ved et sykehus (Rettstidende 1977 s. 1035). Dommen kan tjene som et symbol for at pasientautonomien fikk prioritet framfor den profesjonelle styringsretten i medisinen. Innsynsretten ble stadfestet i lov 13. juni 1980 nr. 42 om leger og til en viss grad utvidet i helsetjenestene som Stortinget vedtok i 1999.

Som nevnt ovenfor er det i utgangspunktet ikke et symmetrisk forhold mellom den som yter tjenester og den som mottar. Rollene som tjenestemottaker, pasient, pårørende, behandler og andre tjenesteytere kan være uklare. Det er tjenesteapparatet som definerer behovet for tjenester, som tildeler og som yter tjenestene. Tjenesteyteren har som regel mest makt og innvirkning i relasjonen, både i kraft av sin faglige kompetanse og som beslutningstaker eller premissleverandør til beslutninger om hvilke ytelser som skal gis. Asymmetrien i forholdet kan ikke oppheves bare ved å gi uttrykk for at de som innehar rollene er likeverdige. Tjenesteyteren kan ikke fri seg fra ansvar for å håndtere denne asymmetrien på en verdig og god måte, der tjenesteyteren må legge til rette for utøvelse av personlig autonomi og ta hensyn til tjenestemottakers sårbarhet, uten å fraskrive seg sitt faglige ansvar for hvilket tjenestetilbud som gis og hvordan dette gjennomføres i praksis. Tjenestemottakeren er likevel ikke bare i en posisjon av avmakt. Regelverket er utformet blant annet for å gi tjenestemottakeren midler til å utøve sin selvbestemmelsesrett, dels ved rettighetsbestemmelser og dels ved rettsikkerhetsgarantier og særlige regler om rett til medvirkning i beslutningsprosessen for tjenestemottaker og plikt for tjenesteyter til å legge vesentlig vekt på tjenestemottakers ønsker.

Sosial- og helsetjenesten står imidlertid i praksis ofte overfor mennesker som ikke har reell mulighet til å foreta egne valg. Det kan være fordi helsetilstanden ikke tillater det, eller fordi tjenestemottakeren ikke uten videre ser følgene av sine beslutninger. Blant annet for å styrke den reelle selvråderetten har sosial- og helsetjenesten en omfattende plikt til informasjon av tjenestemottakere og pårørende. Dette er lovfestet i Sosialtjenesteloven §§ 4-1, 4A-3 og 6-1, og for helsetjenestens del i Pasientrettighetsloven kapittel 3, Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 og Helsepersonelloven § 10. Dette må imidlertid også anses som et generelt etisk og faglig krav til alle deler av sosial- og helse-tjenesten.

Uavhengig av informasjon og opplæring som virkemiddel, vil ansatte i sosial- og helsetjenestene møte situasjoner hvor det ikke kan forventes at

tjenestemottakeren eller dennes pårørende har mulighet til å foreta nødvendige valg på egenhånd. Også personer som mangler evne til fullt og helt å ta egne valg, har krav på respekt for sin integritet, en respekt hvor vernet om det sårbare er det sentrale. Tjenesteyterne skal så langt som mulig prøve å se situasjonen fra tjenestemottakerens perspektiv og søke å kompensere for den manglende evnen mottakeren har til å formidle egne preferanser og behov. Det faglige ansvaret kan ikke flyttes over på tjenestemottakeren, men en sterkt formyndersk holdning, ut fra et misforstått ønske om å verne en sårbar tjenestemottaker, kan oppleves som et overgrep.

De kommunale sosial- og helsetjenestene skal møte tjenestemottakernes behov for hjelp, men tjenestene skal samtidig legge til rette for at de som trenger hjelp skal ha størst mulig grad av selvstendighet. Det å ivareta selvstendighet for en tjenestemottaker som er helt avhengig av hjelp, kan være problematisk, men det trenger ikke å være en uoverstigelig motsetning mellom det "å bli tatt vare på" og det å skape optimale forutsetninger for et selvstendig liv. Samtidig er det viktig å påpeke at ikke alle kan eller ønsker å være fullt ut selvstendige, aktive, medvirkende, eller å kunne velge selv. Idealet om autonomi kan derfor innebære en fare for å overvurdere evnen til selvhjelp og til å ta ansvar for egen situasjon hos de mest hjelpetrengende. I omsorgssituasjoner kan mottakeren bli ydmyket og skadelidende både om graden av selvhjelp blir undervurdert og om den blir overvurdert.

6.8 Hensynet til tjenestemottaker (brukerperspektivet)

Å legge hensynet til tjenestemottaker til grunn for tjenesteytelsen (brukerperspektivet), er å ta utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket. Perspektivet innebærer at det er den enkelte tjenestemottakers behov for hjelp som settes i sentrum. Det krever at tjenestene er lett tilgjengelige, helhetlige og sammenhengende, og tilpasset tjenestemottakers individuelle behov, ønsker, leveste og evner. Videre må det være rom for variasjoner ut fra den enkeltes behov i hverdagslivet. Det krever også at den enkelte gis et realistisk bilde av hjelpen som gis, blir hørt og får medvirke i gjennomføringen av tjenestetilbudet. Medvirkning innebærer også at den enkelte selv har et medansvar.

Kvaliteten i relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker er viktig. Selv om den enkelte tjenesteutøver i den kommunale sosial- og helsetje-

nesten handler i beste mening, er det ikke sikkert at tjenestemottakeren oppfatter det slik. Uavhengig av faglig innsikt og lang erfaring hos tjenesteyteren, kan tjenestemottakeren føle seg mer som et objekt for beslutninger enn som et reflekterende og handlende medmenneske. Enhver tjenesteutøver må derfor, i tillegg til det rent faglige, kunne gi omsorgsfull støtte til tjenestemottakeren, og legge til rette for den enkeltes selvvråderett.

Det må således i størst mulig grad tas individuelle hensyn både ved utforming av tilbud og i den daglige omgang med tjenestemottakeren. For eksempel vil det innenfor gruppen "eldre hjelpetrequende" være et stort spenn knyttet til kjønn, bakgrunn, kultur, religion m.m. Den enkelte mottaker må få anledning til å ha et mest mulig selvbestemt liv, også i perioder med sterkt omsorgsbehov.

I dag vil tjenestemottakere i mange tilfeller selv ha skaffet seg omfattende informasjon om faglige forhold knyttet til egen situasjon. For eksempel er Internett et allment tilgjengelig medium for å skaffe slik kunnskap. Som en del av det offentlige tjenestetilbudet har mange innbyggerne også ønske om spesifiserte opplysninger om hva de kan forvente av tilbud om kommunale sosial- og helse-tjenester. Ved behandling i sykehus har pasienter for eksempel rett til å få informasjon om ventetider ved behandling av tilstander som blir dekket av ventetidsforskriftens regler. Likeledes blir tilsynsrapporter fra Helsetilsynet i fylkene og samlerapportene fra Helsetilsynet gjort allment tilgjengelig. Dette er en positiv utvikling for sosial- og helsetjenesten, blant annet fordi den står overfor personer som viser stort engasjement i forhold til egen situasjon. Tjenesteyteren må i økende grad venne seg til å legge større vekt på tjenestemottakernes egne synspunkter og valg. Samtidig må tjenesten ta vare på, og legge til rette for, tjenestemottakere som ikke klarer å få tak i, forholde seg til eller gjøre bruk av tilgjengelig informasjon. Utviklingen har medført en ny måte å arbeide på for å sikre kvalitet i tjenesteytelsen hvor tjenesteyter på en helt annen måte enn tidligere må vurdere også tjenestemottakerens evne til å orientere seg om egen situasjon og å treffe rasjonelle beslutninger ut fra dette.

Hensynet til tjenestemottakeren kan trekke i flere ulike retninger. Når rettslige virkemidler skal diskuteres, er det grunn til å se nærmere på spenninger mellom elementer i dette hensynet, og særlig forholdet mellom på den ene siden vernet om tjenestemottakerens personlige integritet og selvbestemmelse og på den andre siden de effektivtets- og omsorgsmessige hensyn som taler for samordning av tilbud og tjenester. I en vurdering av

bruk av rettslige virkemidler vil avveiningen mellom slike verdier og hensyn være av avgjørende betydning (Kjellevold 2003 side 6). Kjernen i dette er at samordning av hjelpetilbudet er viktig å få til, men et såkalt brukerperspektiv forutsetter at det tas utgangspunkt i tjenestemottakerens behov og ikke forvaltningens behov for samordning av sin virksomhet.

6.9 Andre hensyn

Tjenesteyteren har et ansvar for at tjenestene blir utøvd i samsvar med aksepterte faglige normer. Kravet om faglig forsvarlig virksomhet har tradisjonelt stått sentralt i den norske helselovgivingen. Dette er videreført i helsetjenestelovene som Stortinget vedtok våren 1999. I Innst. O.nr.58 (1998-99) til lov om helsepersonell mv. er det påpekt at kravet til forsvarlig virksomhet også innebærer en plikt for helsepersonell til å holde seg innen sitt fagområde og ikke gå ut over sine faglige kvalifikasjoner. Dette er et prinsipp som også må legges til grunn for øvrige tilsatte i sosial- og helsetjenestene.

Diskusjonen om fagetikk og yrkesetikk har i de senere år stått på dagsorden i både sosial- og helse-sektoren. Kommunen har som arbeidsgiver ansvar for veiledning og kompetanseheving. Dette innebærer også at de ansatte i sektoren skal ha rom for å ta de nødvendige etiske diskusjonene. Det offentlige skal ha ansvaret for rammene for god omsorg, både når det gjelder ressurser og i forhold til lov- og regelverk.

I korte trekk dreier etikk seg om vurderinger av hvorfor en bør handle på en bestemt måte i en gitt situasjon. Verdiene som er omtalt tidligere i kapitlet er utslag av etiske vurderinger. I tillegg er det utarbeidet etiske koder, regler og retningslinjer innen mange yrkesgrupper, som i stor grad setter rammene for hva som er akseptable handlingsmønstre innen de enkelte profesjoner. De mest utbredte etiske retningslinjene som finnes i sosial- og helsesektoren bærer preg av påvirkning fra den tradisjonelle legeetikken. Det kan anføres at denne type koder, regler eller retningslinjer kjennetegnes ved at det angis et verdigrunnlag som vektlegger demokratiske og humanistiske prinsipper, og hvor mennesket settes i sentrum. Dette innen et avgrenset og beskrevet arbeidsfelt, med normative regler som klargjør hvordan den enkelte profesjonsutøver skal forholde seg i gitte situasjoner. Ved siden av en mer systematisk etisk forankring, eller manifestasjon, eksisterer den alminnelige etiske refleksjon (Tranøy 1998). Det sett av moralske normer, verdier og dyder som

har bred aksept i samfunnet, skal også telle i den etiske diskurs, og vil ha betydning for utøvelse av sosial- og helsetjenester.

”Etikken må bygge på tanken om menneskeverdetets ukrenkelighet. Etikkenes oppgave må være å veilede samfunnet og enkeltmennesket til handlinger som ikke svekker noe enkelt individs () menneskeverd. Tanken om at menneskeverdet er universelt og favner alle mennesker innebærer avvísning av forestillingen om at enkeltmenneskets verd kan utledes av det liv det lever eller av menneskets egenskaper.” Peter Hjort, særuttalelse i NOU 1991 nr. 6.

Solidaritet, barmhjertighet og omsorgsfullhet har i all tid stått sentralt i grunnlaget for pleie av og omsorg for andre. I de senere år har begrepene til dels kommet i miskreditt fordi de har blitt oppfattet som uttrykk for en nedlatende oppfatning av tjenestemottaker. Likevel må solidaritet, barmhjertighet og omsorgsfullhet sies å være grunnleggende verdier for sosial- og helsetjenesten, som uttrykk for en sentral etisk begrunnelse for å gi denne type tjenester. Hvis sosial- og helsetjenesten skal være ikke bare faglig forsvarlig, men god, kreves et engasjement fra personene som yter tjenestene. Engasjementet må knytte seg til interesse for medmennesker, og til ønsket om å gjøre noe nyttig eller godt for dem. Begrepet barmhjertighet benyttes for eksempel i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, hvor det heter at sykepleie skal baseres på *barmhjertighet*, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Dette følger også av Legeforeningens etiske regler. For øvrig kan nevnes at helsepersonell gjennom kravet til forsvarlighet er pålagt å utøve omsorgsfull hjelp, jf. Helsepersonelloven § 4.

6.10 Utvalgets vurdering

De kommunale sosial- og helsetjenestene er, som nevnt, i løpet av de senere årene blitt stilt overfor en rekke nye faglige og etiske utfordringer. Ansvaret for tjenestene til mennesker som før mottok tjenestetilbudet i institusjoner, er overført til kommunene. Formålet med dette er å medvirke til at også disse skal kunne tilhøre et lokalmiljø, og leve et normalt liv med innhold etter egne ønsker og forutsetninger.

I situasjoner preget av store endringer, økende krav til omstilling og effektivitet, er det særlig viktig å sette verdier og etikk i fokus. Sosial- og helse-tjenestene hviler på etablerte samfunnsverdier som respekt for menneskeverdet og ønske om en rettferdig fordeling av rettigheter og plikter. Utval-

get vil særlig fremholde respekten for menneskeverdet, personlig integritet og selvbestemmelse og understreker viktigheten av at disse grunnleggende verdiene avspeiles i lovteksten, se særlig utkastet §§ 1-1 og 1-4.

Forslaget til formålsbestemmelse er kortfattet sammenholdt med den brede sosialpolitiske erklæringen i Sosialtjenesteloven § 1-1. Sosialtjenestelovens formålsbestemmelse er både velformulert og uttrykker viktige idealer, men utvalget er skeptisk til å trekke inn så vide ideologiske proklamasjoner i en lovtekst. Ved å vise tilbakeholdenhet ønsker utvalget å gjøre formålsangivelsen mer synlig og mer effektiv som rettslig vurderingsnorm i forhold til forvaltningspraksis.

Utvalgets lovforslag, hvor de to lovene foreslås samlet til en felles lov, er også uttrykk for at det anses som verdifullt med en større grad av tverrfaglig og flersektoriell tilnærming også fra et etisk perspektiv. Den enkeltes menneskeverd skal stå i sentrum når personer trenger hjelp, og vedkommende skal kunne forvente å bli møtt av en tjeneste basert på et felles sett av verdier og holdninger uansett tilstand og behov.

Det er viktig for utvalget at tjenestene er egnet til å dekke grunnleggende behov hos mottakerne, og dermed medvirke til at den enkelte opplever trygghet og gis muligheter til livsutfoldelse og deltakelse. Men det må også tas høyde for at kommunene har begrensede ressurser, og at det også innen sosial- og helsetjenesten må foretas prioriteringer. Dette innebærer at utformingen av det totale tjenestetilbudet må bygge på en forsvarlig ressursbruk, herunder en best mulig bruk av de tilgjengelige ressursene, samtidig som en innenfor disse rammene må sikre så gode tjenester som mulig til den enkelte, og at minstestandarder for faglig forsvarlighet oppfylles. Kommuneøkonomien skal ikke være bestemmende for den enkeltes rettskrav på tjenester. Beslutninger som tas om *hvilke typer* tjenester som skal gis, skal imidlertid baseres på et samspill av vurderinger av faglig, økonomisk og politisk art.

Det er et overordnet mål å sikre alle i landet tilstrekkelig og god tilgang til faglig forsvarlige tjenester. Den enkelte skal i størst mulig grad sikres et individuelt tilpasset, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Dette kan imidlertid komme i konflikt med det lokale selvstyret og ønsket om løsninger tilpasset de lokale forholdene. For utvalget har det ligget en utfordring i å utforme forslag til regelverk slik at det gis rom for variasjoner i tjenestetilbudet, samtidig som alle skal garanteres tilstrekkelig tilgang til offentlig finansierte tjenester av god faglig kvalitet.

Utvalgets forslag til lovtekst er utformet nøytralt ikke bare i forhold til kjønn, etnisitet, inntektsforhold med mer, men også i forhold til funksjons- evne. Utvalget ønsker imidlertid å peke på at nøytralitet i lovgivning kan medføre forskjellsbehandling i praksis. Når det gjelder ulikheter mellom kjønn kan for eksempel det forhold at menn og kvinner har ulik samfunnsmessig posisjon, ulik jobbtilknytning eller omsorgsansvar ha betydning. Dette er en konsekvens av menns og kvinners ulike posisjon og roller, og at det er reelle forskjel-

ler mellom menn og kvinners behov for sosial- og helsetjenester. I det hele så må tjenesteyterne være sterkt fokusert på at tjenestetilbudet skal være utformet ut fra den konkret tjenestemottakerens behov. Noen ganger kan det være et alvorlig overgrep å behandle ulike personer likt. Det er viktig at tjenesteytere har oppmerksomheten rettet mot disse problemene, både i møte med den enkelte tjenestemottaker og i planlegging og organisering av tjenester.

Kapittel 7

Avgjørelser, vedtak og forvaltningsklage

7.1 Innledning

I den kommunale sosial- og helsetjenesten blir det fattet en stor mengde avgjørelser eller beslutninger. De fleste av disse beslutningene er ikke underlagt formkrav, men inngår som en del av den daglige tjenesteytingen. Avgjørelser som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter og plikter for tjenestemottakere må imidlertid oppfylle bestemte krav til beslutningsprosess, utforming av avgjørelsen og overprøvingsmuligheter. Dette er avgjørelser som trekker de ytre rammene for tjenestetilbudet og bestemmer i mer eller mindre generell form hva tjenestemottaker skal få. Tjenestene skal ofte ytes over lang tid, og har stor betydning for både tjenestemottaker og kommunen.

Språklig sett fremstår begrepene avgjørelse, beslutning og vedtak som svært like. I juridisk terminologi er det imidlertid et vesentlig skille ved at "vedtak" og "enkeltvedtak" er knyttet til Forvaltningslovens terminologi, og er her begrep med snevrere betydning enn "avgjørelse" ved at det bare omfatter bestemte typer slike. For partens rettigheter under saksbehandlingen og etter at avgjørelse er truffet er det av betydning om en avgjørelse er et enkeltvedtak eller ikke. Således gjelder Forvaltningslovens regler om saksforberedelse og klage (kapittel IV og VI) bare for enkeltvedtak.

Adgang til å gi uttrykk for generell kritikk og fremme konkrete klager er viktig i et demokratisk samfunn. For at rettigheter som er fastsatt i lov skal oppleves som reelle, er det en forutsetning at de kan håndheves gjennom forvaltningsklage eller andre former for forvaltningsmessig eller rettslig overprøving. I den utstrekning det treffes beslutninger som er basert på et ikke-rettslig forvaltningsskjønn ("fritt skjønn"), er forvaltningsklage i praksis så å si den eneste måten man kan få overprøvd og dermed kvalitetssikret den avgjørelse som er truffet.

Kritikk og klager avspeiler ofte mangelfull kunnskap og informasjon fra tjenestemottakerens side. Sosial- og helsetjenesten har plikt til å veilede og gi tjenestemottakerne nødvendige opplysninger om tjenesten, også når det fremsettes klage

eller kritikk. Klage og kritikk har en viktig funksjon som utgangspunkt for samtale og veiledning, og en avvisende holdning vil kunne skape eller opprettholde unødig mistillit og misnøye.

I Kommunal- og regionaldepartementets retningslinjer for fremtidig statlig regelverk rettet mot kommunesektoren (pkt. 5), fastsatt av Regjeringen i september 2002, er det gitt uttrykk for at kommunene, av hensyn til fleksibilitet og effektiv tjenesteproduksjon, selv bør organisere saksbehandlingen ut fra lokale forhold og behov. Det forutsettes i retningslinjene at organiseringen skjer på en måte som ivaretar grunnleggende saksbehandlingskrav, og er ikke ment å endre praktiseringen av Forvaltningsloven eller Offentlighetsloven.

I St. meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstenestene punkt 5.2 går det frem at regjeringen ønsker å endre Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven slik at vedtak om plass i institusjon blir supplert med *spesifiserte* enkeltvedtak der tilbudet som tjenestemottakeren skal få, konkretiseres. I Innst. S. nr. 163 (2003 - 2004) om bedre kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten støtter stortingskomiteen forslaget om at det skal fattes spesifiserte enkeltvedtak om innholdet i tjenesten ved tildeling av plass i sykehjem. Komiteen legger til grunn at meningen er at dette skal komme i tillegg til et generelt enkeltvedtak om tildeling av plass i institusjon, og ikke komme som erstatning for dette. På bakgrunn av at forslaget berører sentrale problemstillinger i mandatet for lovutvalget, anmodet Sosialdepartementet ved brev 16.12.03 om at utvalget skulle vurdere forslaget som en del av sitt arbeid, dersom utvalget hadde mulighet for det. Dette er nærmere behandlet i punkt 7.4.

7.2 Nærmere om avgjørelser og vedtak

Begrepet vedtak er definert i Forvaltningsloven § 2 første avsnitt bokstav a. Det er en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter og plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter). Vedta-

kene er delt inn i to undergrupper, enkeltvedtak og forskrifter. Avgjørende for om det er et enkeltvedtak eller en forskrift, er om beslutningen gjelder henholdsvis en eller flere bestemte personer, eller et ubestemt antall eller en ubestemt krets av personer, jf. Forvaltningsloven § 2 første avsnitt bokstav b og c.

Sosialtjenesteloven følger etter lovens § 8-1 første avsnitt i utgangspunktet Forvaltningslovens saksbehandlingsregler, men det er gjort enkelte unntak, jf. § 8-1 andre avsnitt. Er det flere som samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, regnes de således ikke som parter i samme sak. Videre kan søkere som mener seg forbigått, ikke klage over at andre har fått ytelsen. Samme regel er gitt i Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 femte avsnitt.

Etter Kommunehelsetjenesteloven er utgangspunktet etter lovens § 2-1 tredje og fjerde avsnitt at Forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak etter loven. Samme regel er fastslått for helsetjenester generelt i Pasientrettighetsloven § 2-7. For kommunehelsetjenesten er det imidlertid gjort unntak fra unntaket for vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. For disse vedtakene skal Forvaltningslovens bestemmelser i kapittel IV og V om enkeltvedtak følges. I Norsk lovkommentar til Kommunehelsetjenesteloven, Leif Oscar Olsen (ajourført sommeren 2002), bemerkes at unntaket i § 2-1 tredje avsnitt gjelder hele Forvaltningsloven, ikke bare bestemmelsene om enkeltvedtak. Det anføres også at dette nok ikke var tilsiktet, og at alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper tilsier at Forvaltningslovens regler om habilitet og alminnelige saksbehandlingsregler (kapittel II og III) må gis tilsvarende anvendelse.

Den overveiende del av beslutninger fattet i kommunehelsetjenesten, som for eksempel ved legekonsultasjoner, omfattes således ikke av bestemmelsene om enkeltvedtak. Dette må ses i sammenheng med Pasientrettighetsloven som utfyller bestemmelsene i Kommunehelsetjenesteloven og langt på vei gi rettssikkerhetsgarantier av samme kvalitet som det som ellers ville følge av Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak. Pasientrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Bestemmelsene skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd, se § 1-1.

7.3 Klage på sosial- og helsetjenester

Den som ikke er tilfreds med et forvaltningsvedtak, har lovbestemt klageadgang. Fungerende klageordninger er viktige virkemidler for å ivareta tjenestemottakernes rettssikkerhet. Reglene om saksbehandling og klage skal sikre at de som søker om sosial- og helsetjenester, får de tjenestene de har krav på. Tilsyn med tjenesteutøvelsen er et annet virkemiddel for å ivareta enkeltindividets rettssikkerhet, og er særlig viktig i forhold til personer som har vanskeligheter med å ivareta sine egne interesser. Spørsmål om tilsyn er behandlet i kapittel 14.

Både i sosialtjenestesaker og helsetjenestesaker skal det foretas en konkret, individuell vurdering av søkerens situasjon. Etter Kommunehelsetjenesteloven § 2-4 kan den som søker helsehjelp påklage en avgjørelse etter § 2-1 (rett til helsehjelp) til et kommunalt klageorgan. Klageorganet består av tre til fem medlemmer, jf. Kommunehelsetjenesteloven § 2-4 første avsnitt. Tilsvarende gjelder for avgjørelser etter § 2-1a (pasientrettigheter i fastlegeordningen). Går avgjørelsen imot klager eller avvises klagen, kan det videreklares til Helsetilsynet i fylket. Kommunehelsetjenesteloven legger således opp til at klageren kan bli nødt til å sende to klager. Enkelte kommuner har derfor etablert en praksis hvor det kommunale klageorganet oversender klagen til Helsetilsynet i fylket for endelig vurdering og avgjørelse, etter at klageren er gitt mulighet til å kommentere utfallet av det kommunale klageorganets avgjørelse. Forvaltningslovens regler om klage gjelder for øvrig. Dette innebærer at saker om rett til nødvendig helsehjelp i prinsippet kan bli behandlet av tre instanser, henholdsvis vedtaksinstansen, det kommunale klageorganet og Helsetilsynet i fylket.

En pasient kan også velge å klage etter Pasientrettighetsloven § 7-2. Klageadgangen etter Pasientrettighetsloven omhandler blant annet rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering, rett til medvirkning og tilpasset informasjon, rett til individuell plan og barns rett til samvær og aktivitet i helseinstitusjon. Pasienten, eventuelt representant for denne, fremmer anmodning om oppfyllelse etter § 7-1 innen fire uker etter at vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning, jf. § 7-5. Anmodningen rettes til vedkommende helsepersonell personlig, helsepersonellens overordnede eller til helseinstitusjonen. Mottakeren av anmodningen vurderer om det er grunnlag for å etterkomme den. Dersom den som yter helsehjelp avviser anmodningen etter § 7-1 eller mener at rettighetene er oppfylt, kan det

klages til Helsetilsynet i fylket, jf. § 7-2. Klagen skal være skriftlig, jf. § 7-3. Helsetilsynet i fylket foretar en endelig vurdering og avgjørelse. Kommunen kan imidlertid bestemme at klager skal sendes via et kommunalt klageorgan som kan omgjøre avgjørelsen til gunst for pasienten. Dersom avgjørelsen i det kommunale klageorganet går pasienten imot, videresendes klagen til Helsetilsynet i fylket.

Pasienten kan fritt velge hvilken av disse to klageordningene vedkommende vil benytte.

I tillegg kan en pasient klage på forhold som gjelder rett til tjenester eller handlinger etter blant annet Tannhelsetjenesteloven § 2-3 og Helsepersonelloven §§ 42 og 44. Klageadgangen etter Helsepersonelloven er knyttet til rettigheter vedrørende retting og sletting av journal. Anmodning om vurdering av mulige pliktbrudd etter Helsepersonelloven § 55 er en tilsynsoppgave, men vil for tjenestemottakeren i praksis kunne fremstå som en klagemulighet.

Sosialtjenesteloven § 8-6 gir rett til å klage på enkeltvedtak i henhold til Sosialtjenesteloven. Fylkesmannen er klageinstans. Klageadgangen til fylkesmannen gjelder ikke saker som etter lovens kapittel 9 og 4A hører under fylkesnemnda, dvs. saker om tvangsbruk overfor rusmiddelmissbrukere eller psykisk utviklingshemmede. Her er det gitt særlige regler (se nedenfor). Selv om det ikke er lovpålagt, kan kommunestyret beslutte at klagesaker først skal behandles av et kommunalt klageorgan, jf. Forvaltningsloven § 33 og Sosialtjenesteloven § 8-5a. Klage fremsettes overfor den instans som har fattet vedtaket, se Forvaltningsloven § 28 første avsnitt. Vedtaksinstansen vurderer om det er grunnlag for å endre eller oppheve vedtaket. Oppheves eller endres vedtaket må det fattes nytt vedtak. Klagen oversendes fylkesmannen for endelig vurdering og avgjørelse, dersom vedtaksinstansen opprettholder sitt opprinnelige vedtak (Forvaltningsloven § 33).

Fylkesmannen er klageinstans ved klage over tvangsbruk overfor psykisk utviklingshemmede i nødsituasjoner i medhold av Sosialtjenesteloven § 4A-5 tredje avsnitt bokstav a, se § 4A-11 første avsnitt. I tillegg skal fylkesmannen godkjenne kommunenes vedtak etter Sosialtjenesteloven § 4A-5 tredje avsnitt bokstav b og c (planlagte tvangstiltak overfor utviklingshemmede), se Sosialtjenesteloven § 4A-7 siste avsnitt, jf. § 4A-8. Uten slik godkjenning kan disse tiltakene ikke iverksettes. Klageinstansen for disse vedtakene er fylkesnemnda for sosiale saker, se § 4A-11 andre avsnitt

I saker om tvang overfor rusmisbrukere fremmer kommunen saken for fylkesnemnda, som fatter eventuelle vedtak om bruk av tvang, se Sosial-

tjenesteloven § 6-2 andre avsnitt og § 6-2a første avsnitt (forutsetningsvis). Fylkesnemndas vedtak kan bringes inn for tingretten, se § 9-10 første avsnitt. Kommunen kan fatte midlertidig vedtak om bruk av tvang, som må godkjennes av fylkesnemndas leder innen 48 timer, se § 6-2 fjerde avsnitt og § 6-2a femte avsnitt, begge første og andre setning. Fylkesnemnda er da klageinstans, se § 6-2 fjerde avsnitt og § 6-2a femte avsnitt, begge siste setning. Klageinstansen prøver blant annet om de formelle krav til saksbehandlingen er overholdt, og kan be om tilleggsopplysninger dersom dette er nødvendig. Vedtaket kan også bli opphevet av klageinstansen, som kan sende saken i retur til kommunen for fornyet vurdering og avgjørelse dersom saken eksempelvis inneholder saksbehandlingsfeil eller ikke anses tilstrekkelig utredet, se Forvaltningsloven § 34.

Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket kan som alminnelig utgangspunkt prøve alle sider av vedtaket, se Forvaltningsloven § 34 andre avsnitt første setning. Ved prøvingen av det frie skjønn (forvaltningsskjønnet) i klagesaker etter Sosialtjenesteloven kan vedtaket likevel bare endres når skjønnet er åpenbart urimelig, jf. lovens § 8-7. For saker etter Kommunehelsetjenesteloven og Pasientrettighetsloven er det vanlig å anta at de alminnelige reglene etter Forvaltningsloven § 34 kommer til anvendelse, med den konsekvens at klageinstansen har rett og plikt til å prøve alle sider av saken. Slik de to lovene er utformet, er dette likevel ikke opplagt. Kommunehelsetjenesteloven § 2-4 første avsnitt gir klagerett over "avgjørelsen etter § 2-1", og denne bestemmelsen omtaler bare retten til "nødvendig helsehjelp", med andre ord det tjenestemottaker har rettslig krav på. Tilsvarende gir Pasientrettighetsloven klagerett hvis den som skal gi helsetjenesten "avviser anmodningen etter § 7-1 eller mener at rettighetene er oppfylt", noe som er nærliggende å forstå som en rett til klage over at man ikke har fått de spesifiserte rettighetene som er nevnt i § 7-1.

Helsetilsynet i fylkets overprøvningskompetanse følger ellers reglene i Forvaltningsloven § 34. Dersom vilkårene for å behandle klagen ikke foreligger, skal klageinstansen avvise saken, jf. likevel § 31 om adgang til å ta en sak opp til behandling selv om klagefristen er overskredet. Klageinstansen er ikke bundet av at underinstansen har ansett vilkårene for klagebehandling for å foreligge. Tas klagen under behandling, kan klageinstansen prøve alle sider av saken og herunder ta hensyn til nye omstendigheter. Helsetilsynet i fylket skal vurdere de synspunkter som klageren kommer med, og kan også ta opp forhold som ikke er berørt av

ham eller henne. I den utstrekning Helsetilsynet i fylket finner grunnlag for og grunn til å overprøve forvaltningskjønnet ("det frie skjønn") ved tildelingsbeslutningen, skal det, som statlig organ og klageinstans for vedtak truffet av en kommune, legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøvingen. Vedtaket kan ikke endres til skade for klageren, med mindre dennes interesser finnes å måtte vike for hensynet til andre privatpersoner eller offentlige interesser.

Klageinstansen kan selv treffe nytt vedtak i saken eller oppheve det og sende saken tilbake til underinstansen til helt eller delvis ny behandling. Som anført ovenfor er det vanlig å anta at overprøvingskompetansen til Helsetilsynet i fylket er videre enn den fylkesmannen har i sosialtjenestesakene. Helsetilsynet i fylket skal imidlertid i alle fall være tilbakeholden med å overprøve det kommunale frie skjønn, jf. Forvaltningsloven § 34 andre avsnitt, og legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyre. Spillerommet for det kommunale forvaltningsskjønnet er begrenset i helse-tjenestesakene, da det er en helsefaglig vurdering som skal ligge til grunn for vurderingen og avgjørelsen i den konkrete sak. Det er derfor i praksis kun der kommunen står overfor valg mellom alternative, likeverdige tiltak for å dekke et behov at det kommunale skjønn kan få betydning, og det kan bli spørsmål om overprøving av forvaltningsskjønnet.

Vedtak som Helsetilsynet i fylket og fylkesmannen fatter i sosial- og helsetjenestesakene skal treffes som enkeltvedtak (Forvaltningsloven kapittel 5). Statens helsetilsyn er overordnet klageorgan for klagesaker etter Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Som utgangspunkt er disse vedtakene endelige, fordi klageinstansens vedtak i klagesaker ikke kan påklages, jf. Forvaltningsloven § 28 femte avsnitt.

Gangen i klagesakene er altså noe forskjellig, avhengig av hvorvidt det dreier seg om saker som omfattes av Kommunehelsetjenesteloven, Pasientrettighetsloven eller Sosialtjenestelovens bestemmelser.

Etter Kommuneloven § 59 kan tre eller flere medlemmer av kommunestyret sammen bringe avgjørelser truffet av folkevalgt organ eller den kommunale administrasjon inn for departementet (fylkesmannen) til kontroll av avgjørelsens lovlighet. Dette gjelder alle typer beslutninger som tas i kommunen, ikke bare enkeltvedtak. Krav om lovlighetskontroll framsettes for det organ som har truffet den aktuelle avgjørelse. Hvis dette opprettholder avgjørelsen, oversendes saken til fylkesmannen. Ved lovlighetskontroll skal det tas stilling til om avgjørelsen er innholdsmessig lovlig, er truf-

fet av noen som har myndighet til å treffe slik avgjørelse, og er blitt til på lovlig måte. Fylkesmannen skal oppheve avgjørelsen hvis det er gjort slike feil at den er ugyldig. Fylkesmannen kan på eget initiativ ta en avgjørelse opp til lovlighetskontroll. Videre kan fylkesmannen kreve at kommunen gir opplysninger om enkeltsaker eller sider av kommunens virksomhet. Fylkesmannen har rett til innsyn i alle kommunale og fylkeskommunale saksdokumenter.

7.4 Utvalgets vurdering

I et harmoniseringsperspektiv fremstår det som uheldig at regelverket om saksbehandling og klage for i hovedsak likeartede tjenester innen den kommunale sosial- og helsetjenesten er så uensartede. En tilfredsstillende samordnet forvaltning av kommunale sosial- og helsetjenester forutsetter like saksbehandlingsregler, uavhengig av om dette er sosial- eller helsetjenester. Dette er spesielt viktig i forhold til de vanskeligheter publikum opplever knyttet til ivaretagelse av rettigheter. Det er også tungvint for kommunene selv å skulle holde saksbehandlings- og klageregler fra hverandre, hvis saken angår ulike sider ved ett og samme tjenestemottakerforhold. I tillegg er det lite rasjonelt med et så komplisert og lite samordnet regelverk.

Utvalget foreslår at de forvaltningsrettslige prinsipper og Forvaltningslovens bestemmelser kommer til anvendelse på vanlig måte ved alle tildelingsbeslutninger innen den kommunale sosial- og helse-tjenesten, med de særregler som er innarbeidet for tildelingsbeslutninger i en konkurransesituasjon. Det er viktig å presisere at de mer vidtgående saksbehandlings- og klagereglene i Forvaltningsloven kapittel IV-VI bare gjelder for avgjørelser som faller inn under Forvaltningslovens enkeltvedtaksbegrep, i praksis tildelingsbeslutninger. Disse reglene gjelder ikke diagnostiske vurderinger og faktiske handlinger, jf. Helsepersonelloven § 3 tredje avsnitt, som definerer helsehjelp som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som *utføres av helsepersonell*. Behovet for at de forvaltningsrettslige prinsipper legges til grunn ved tildelingsbeslutninger fremstår som særlig påtrengende i de tilfeller hvor det er et behov for helsehjelp over tid og samordnet hjelp, men kan også være uttalt i situasjoner hvor det må foretas en rasjonering av visse typer helse tilbud ut fra ressursmessige grunner. Det foreslås derfor at vedtak om tildeling av tjeneste eller stønad skal regnes som enkeltvedtak i forhold til Forvaltningsloven kapittel IV – VI, jf. utkastet § 4-1. Etter-

som tildeling av helsetjenester er fordeling av offentlige midler, tilsier det at man så langt det er mulig også bør følge de forvaltningsrettslige prinsipper om habilitet og de alminnelige saksbehandlingsregler (kapittel II og III) ved spørsmål om tildeling, endring, bortfall eller avslag på søknad om helsetjenester.

I St. meld. nr. 45 (2002-2003) *Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstjenestene* punkt 5.2 går det frem at regjeringen ønsker å endre Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven slik at vedtak om plass i institusjon blir mer spesifisert og tjenestetilbudet konkretisert. Begrunnelsen er at det vil kunne styrke rettssikkerheten til tjenestemottakeren, fordi det blir lettere å få oversikt over hva tjenestetilbudet faktisk omfatter, og således også enklere å vurdere spørsmålet om klage. Slik saksbehandlingsreglene knyttet til vedtak om plass i kommunale institusjoner blir praktisert i dag, får tjenestemottaker et vedtak om plass, uten at innholdet i tjenestetilbudet blir konkretisert. Stortingetskomiteen ga sin tilslutning til forslaget, jf. Innst. S. nr. 163 (2003 - 2004) om bedre kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Komiteen la til grunn at dette skal komme i tillegg til enkeltvedtak om tildeling av plass i institusjon og ikke komme til erstatning for dette.

Utvalget forstår dette slik at tjenestemottakers rettigheter ikke behøver forankres i flere spesifiserte enkeltvedtak om enkeltelementer i tjenestetilbudet. En slik oppdeling av beslutningsprosessen og en eventuell overprøving av vedtak som treffes, vil passe dårlig hvis målet er å legge forholdene til rette for en mest mulig samlet og enhetlig vurdering av tjenestemottakers behov. I tråd med dette er utkastets fokus rettet mot helhetlige, individuelt tilpassede og faglig forsvarlige løsninger, uten at dette uten videre knyttes opp til formelle vedtak om bestemte typer tjenestetilbud eller høy spesifiseringsgrad i selve vedtaket (se kapittel 8). I denne forbindelse skal også bemerkes at oppfyllelsen av krav om mer spesifiserte enkeltvedtak fort vil kunne få preg av vage og standardiserte tilbud fra kommunen, uten grunnlag i individuell faglig vurdering. Utvalget er derfor av den oppfatning at en mer utpenslet spesifisering av tjenestetilbudet i form av flere enkeltvedtak ikke vil være egnet til å bedre tjenestemottakers stilling. Spesifikasjonen av det tilbudet som skal gis, bør i stedet komme til uttrykk i et enkeltvedtak som konkretiserer det samlede tilbud, og i individuell plan om slik skal utarbeides. I tillegg bør det stilles generelle kvalitetskrav i forskrifts form, som for eksempel gjeldende kvalitetsforskrift. Utkastet er basert på den oppfatning at den beste måten å styrke tjeneste-

mottakernes rettssikkerhet på, er individuelt tilpassede, helhetlige og faglig forsvarlige løsninger som angir en målsetting for tilbudet og et tjenestnivå, med en god spesifisering av hva slags tjenestetilbud som skal gis. Dette skal likevel ikke avskjære endringer med hensyn til hvor tjenesten skal gis eller enkeltheter i behandlings- omsorgs- eller rehabiliteringsopplegg som ikke innebærer en vesentlig svekkelse av tilbudet (se kapittel 8).

Utvalget foreslår å lovfeste en rett til *samlet vedtak* når tjenestemottakeren har behov for flere former for ytelse, jf. utkastet § 3-8. Dette vedtaket er et enkeltvedtak og vil måtte angi hvilke typer tjenester og tiltak som skal tilbys, men uten at enkelt-elementer i vedtaket gjøres til egen sak og potensiell klagegjenstand. Som hovedregel skal et slikt vedtak fattes i tilknytning til utarbeidelse av individuell plan. Samlet vedtak skal også treffes for andre som mottar flere former for tjenester hvis tjenestemottaker ber om det, og ellers når det er ønskelig av hensyn til samordning av tjenestetilbudet. Etter utvalgets mening bør dette vedtaket kunne gjelde også andre områder enn sosial- og helsesektoren, for eksempel der tjenestemottakeren mottar tjenestetilbud som omfatter skole- og fritidstilbud, sosiale tjenester og helsetjenester.

Et viktig element i utvalgets forslag er å tydeliggjøre og legge større vekt på kravet til faglig forsvarlighet i tjenestetilbudet, samtidig som kommunene skal ha stor grad av frihet til å organisere tjenestene etter lokale prioriteringer og variasjoner. Det er totaliteten av den enkeltes behov og i hvilken grad kommunens tjenestetilbud dekker dette behovet, som etter utvalgets oppfatning er det avgjørende, ikke detaljene i de enkelte deltjenester. Utvalget viser for øvrig til at det ikke er ønskelig å videreføre lovkrav om typer institusjoner, så som aldershjem og sykehjem, se kapittel 8.

Ved å innføre krav om et samlet vedtak vil vi kunne oppnå at tjenestemottaker, og eventuelt pårørende, få bedre mulighet til å vurdere om de enkelte delene av tjenestetilbudet, samlet sett, tilfredsstillende behovet, og om de lovfestede rettighetene blir sikret på en tilfredsstillende måte. Samlet vedtak vil også kunne gjøre det lettere for kommunene å få oversikt over tjenestemottakerens individuelle behov, noe som igjen vil kunne gjøre det lettere å utnytte ressursene best mulig. På denne måten vil hva som skal gis av tjenester, og målsettingen med disse, tydeliggjøres i større grad enn i dag.

Hvis det er truffet samlet vedtak etter forslaget, skal reglene om begrunnelsesplikt og klage bare gjelde det samlede vedtak, ikke de enkelte delene av dette. Hvis det foreligger et samlet vedtak, nor-

malt basert på en individuell plan, er det lite meningsfullt for klageinstansen å skulle ta stilling til enkeltelementer i tjenestetilbudet, løsrevet fra den helhetlige sammenhengen. Utvalget foreslår derfor at tjenestemottaker alltid må gå veien om klage over hele tilbudet, ikke bare deler av det. Det innebærer at det kan foretas en helhetlig vurdering av tjenestemottakers situasjon og behov ved klagebehandlingen, med mulighet for å endre også andre sider av det samlede vedtaket enn det som er påklaget.

Dette blir dermed et insitament for kommunen til å fatte samlet vedtak i komplekse situasjoner, og det legger forholdene til rett for en mer ryddig klagebehandling. Tilsvarende gjelder beslutninger om den praktiske gjennomføringen av tjenestetilbudet, innenfor de rammer som er forutsatt i tildelingsvedtaket. Beslutninger knyttet til den praktiske gjennomføringen kan i noen situasjoner være relativt inngripende avgjørelser i forhold til tjenestemottaker. Det gjelder spørsmålet om enkeltbeslutninger som tas i forbindelse med tjenesten, typisk når og hvordan tjenesten skal gis.

Etter gjeldende regelverk er det to forskjellige instanser som skal behandle klager på kommunale sosial- og helsetjenester, avhengig av i hvilken lov tjenestene er hjemlet, henholdsvis fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylket er administrativt underlagt fylkesmannsembetet, mens Statens helsetilsyn er faglig overordnet instans.

Et slikt tosporet system fremstår som uoversiktlig for tjenestemottakeren, og kan være særlig uheldig ved sammensatte tjenester. I verste fall kan klager på likeartede tjenester få forskjellig utfall avhengig av om Helsetilsynet i fylket eller fylkesmannen har behandlet saken. Utvalget mener derfor at det bør være én klageinstans for klager etter sosial- og helselovgivningen, og at dette bør være fylkesmannen. I et forsøk på å få de andre avgjørelsene som kan påklages etter Pasientrettighetsloven inn i samme system, foreslås at det samme må gjelde andre avgjørelser truffet av kommunen om oppfyllelse av plikter etter Pasientrettighetsloven, jf. denne lovs § 7-1. Forslaget innebærer en videreføring av Sosialtjenestelovens system (§ 8-6, første avsnitt), men innebærer en endring i forhold til Kommunehelsetjenesteloven. Etter Kommunehelsetjenesteloven § 2-4 er det et to-trinns klagesystem, hvor klage behandles av henholdsvis et kommunalt klageorgan og Helsetilsynet i fylket. Utvalget foreslår å opprettholde egne klageregler for tildelingsvedtak og tvangsvedtak, mens vedtak om miljørettet helsevern følger de ordinære reglene i Forvaltningsloven.

Fylkesmannen kan i denne sammenhengen være en samlende instans. Det er imidlertid ikke noe i forslaget som er til hinder for at klageinstansen fordeler oppgaver internt i organet slik det gjøres i dag, avhengig av sakens karakter. Det vil etter utvalgets oppfatning være naturlig og hensiktsmessig at Sosial- og helsetilsynet er overordnet klageorgan i saker etter utkastet, jf. punkt 14.7 nedenfor.

Tidsforløpet fra det søkes om en tjeneste og til eventuelle klage er endelig avgjort fremstår som særlig problematisk for utvalget på disse saksområdene. For tjenestemottakerne gjelder dette ytelser som kan være av avgjørende betydning for deres helsetilstand og livskvalitet for øvrig. Dette er saksområder hvor tidsaspektet gjennomgående er svært viktig for tjenestemottaker, og for utvalget er det derfor viktig å begrense eventuelle forsinkelselementer. Lang saksbehandlingstid kan utgjøre et alvorlig rettssikkerhetsproblem for tjenestemottaker. At tjenestemottaker skal være nødt til å utferdige ny klage dersom det kommunale organet ikke finner å etterkomme klagen i første instans, slik som etter kommunehelsetjenesteloven, fremstår for utvalget som et unødvendig forsinkelselement. Videre fremstår det som et paradoks at kommunene gjennom blant annet Plan- og bygningsloven § 95 er pålagt særlige tidsfrister for saksbehandling, mens dette ikke er pålagt etter den kommunale sosial- og helselovgivningen.

Utvalget peker på at det følger av Forvaltningsloven § 33 at kommunen skal foreta de nødvendige undersøkelser før klagen eventuelt sendes til fylkesmannen. Kommunen kan i den forbindelse oppheve eller endre vedtaket hvis den finner grunn til det. Får ikke klager medhold, skal klagen oversendes fylkesmannen. Dette er foreslått fastslått også i utkastets § 4-6. I utkastet er det også satt krav til kommunens saksbehandlingstid, jf. § 4-6 nr. 3 siste setning. Med mindre vedkommende har trukket klagen, skal kommunen oversende klagen til fylkesmannen til avgjørelse senest innen fire uker etter at klagen ble fremsatt, og alltid dersom klager ikke får medhold.

Når det gjelder fylkesmannens realitetsbehandling av klagen, er utvalget delt i synet på hvor vid fylkesmannens kompetanse bør være.

Utvalgets *flertall*, medlemmene Halvorsen, Kjellebold, Mandal, Røkke, Sund og Vist, foreslår at fylkesmannen skal ha rett og plikt til å prøve alle sider av vedtaket, se utkastet § 4-6 nr 4, første alternativ. Ved prøving av det frie skjønnet presiseres at det i henhold til Forvaltningsloven § 34 skal legges vekt på hensynet til det kommunale selvstyret. I tråd med Kommune-loven § 59 kan fylkesmannen

også av eget tiltak ta vedtak om tjenester og stønad etter loven her opp til lovlighetsprøving.

Utvalgets *mindretall*, utvalgsleder Bernt og medlemmene Braut, Dale, Gullestad og Lømmrud mener at fylkesmannens kompetanse som klageinstans bør være begrenset til å kontrollere at avgjørelsen er innholdsmessig lovlig, jf. utkastet § 4-6 nr. 4, andre alternativ. I lovlighetskontrollen ligger også vurdering av om vedtaket oppfyller krav om faglig forsvarlighet og ikke er uforholdsmessig belastende for tjenestemottaker. Videre skal klageorganet vurdere om vedtaket er truffet av rett per-

son eller organ, og for øvrig bygger på betryggende saksbehandling, korrekt faktum og en forsvarlig skjønnsutøving.

Ved avgjørelsen av hvilke konsekvenser eventuelle rettslige feil skal få for vedtaket, skal fylkesmannen på vanlig måte vurdere om vedkommende feil fører til at vedtaket blir *ugyldig*. Den sentrale problemstillingen er om det er tale om en vesentlig feil, en feil som man ikke kan se bort fra kan ha påvirket vedtakets innhold, jf. Forvaltningsloven § 41. Forslagene er nærmere omtalt i merknadene til utkastet § 4-6 nr. 4.

Kapittel 8

Rett til individuelle og faglig forsvarlige tjenester

8.1 Innledning

Kommunene skal sørge for tjenester til de som bor eller oppholder seg der, slik at de får dekket behovene de har for nødvendige sosial- og helsetjenester. Som tidligere nevnt er det kommunale ansvarsområdet utvidet de senere årene med flere brukergrupper og funksjoner. Ansvar for et helhetlig tilbud omfatter blant annet personer med rusmiddelproblemer, psykiske lidelser, kreft, alderssvekkelse, demens og barn med multifunksjonsnedsettelse. Dette er mennesker i alle aldre og livsfaser, med mange ulike og sammensatte behov. God oppfølging av enkeltpersoner med så ulikeartede behov krever differensierte og individuelt tilpassede tilbud. Dette forutsetter et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, der samspillet mellom enkelte deltjenester fungerer på en tilfredsstillende måte.

Standardkrav til de tjenestene som gis, kan etableres ved rettighetsbestemmelser i lovgivning eller gjennom kommunale beslutninger basert på en vurdering av tilgjengelige ressurser og prioritering i forhold til andre oppgaver. Når en tjenestemottaker har en rettighet og dermed rettskrav på bestemte sosial- og helsetjenester, og når det bare foreligger en "rett til å stå i kø" for begrensede ressurser eller et begrenset tilbud, er ikke alltid like klart.

8.2 Rett til tjenester

Både Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven har bestemmelser om rettskrav på tjenester når visse vilkår er oppfylt. Etter Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første avsnitt har enhver rett til *nødvendig helsehjelp* i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Sosialtjenesteloven § 4-3 fastslår at den som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d. I § 5-1 heter det at den som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad.

Dersom søkeren fyller de ovenfor nevnte vilkårene i Kommunehelsetjenesteloven eller Sosialtjenesteloven, utløses en kommunal plikt til å bistå. Den som oppfyller lovens vilkår, har et *rettskrav* på nødvendig hjelp fra kommunen. Med rettskrav menes i denne sammenheng at kommunen har rettslige plikt til å gi den tjeneste søkeren har krav på, og å stille de nødvendige ressurser til rådighet for at så kan skje. Det er tale om forpliktelser av samme karakter og styrke som privatrettslige plikter som følger av kontrakt eller erstatningsansvar. En kommune som ikke ser seg i stand til å oppfylle sine forpliktelser etter disse lovene, må vedta betalingsinnstilling etter Kommuneloven § 56.nr. 1. Når slik betalingsinnstilling er vedtatt, er kommunens forpliktelser etter lov overfor enkeltpersoner blant de prioriterte fordringene. Tjenestemottaker som opplever å få sine rettigheter krenket, kan kreve at fylkesmannen pålegger kommunen å oppfylle sine forpliktelser etter loven. Han eller hun kan om nødvendig bringe saken inn for domstolene som kan gi dom for at et bestemt tjenestetilbud skal gis.

Søkere som ikke har rettskrav på bestemte ytelser, kan likevel tenkes å bli tildelt hjelp etter Sosialtjenesteloven eller Kommunehelsetjenesteloven. Det gjelder særlig i de tilfeller der tjenester gis med forebyggende formål. Dette sies uttrykkelig i Sosialtjenesteloven § 5-2 om økonomisk stønad i særlige tilfeller, men må legges til grunn også for andre tjenester.

Selv om tjenestemottakeren har krav på tjenester fra sosial- og /eller helsetjenesten, innebærer ikke dette at vedkommende har et ubetinget rettskrav på en bestemt tjeneste. Det er i utgangspunktet forvaltningen som ut fra opplysningene i saken fatter beslutning om hvilke tjenester som skal tilbys, men likevel slik at det skal tas hensyn til søkerens ønsker og synspunkter, jf. Sosialtjenesteloven § 8-4, Pasientrettighetsloven § 3-1 og Kvalitetsforskriften § 3 første avsnitt. Tjenestetilbudet skal dekke søkerens konkrete behov for tjenester, jf. punkt 8.4.2. Standardisering i form av likt tilbud til alle som søker samme tjeneste, bryter med de prinsipper som i lovgivningen er lagt til grunn om individuelt tilpasset hjelp.

Etter Kommuneloven står kommunene fritt til å organisere tjenesteforvaltningen slik at den er best mulig tilpasset lokale prioriteringer og behov. Som alminnelig utgangspunkt er det også opp til kommunene å bestemme hvordan tjenestene skal gis, herunder hvilket av flere alternative tiltak som skal tilbys, under forutsetning av at tjenestene til enhver tid er faglig forsvarlige, og at man har hørt på og lagt tilbørlig vekt på tjenestemottakerens egne ønsker.

Kravet om faglig forsvarlighet er lovfestet for alt helsepersonell. Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard som ved siden av rent helsefaglige standardkrav knyttes til plikten til omsorgsfull hjelp, hva som kan forventes ut fra personellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Kjernen i forsvarlighetskravet er den faglige gode handlingen. (Molven 2002, side 163). Det ligger i dette også et krav om at hjelpen skal være omsorgsfull, basert på prinsippet om respekt for personlig integritet og at den enkelte ikke bare skal bli tatt hånd om rent helsefaglig, men som et helt menneske. All helsehjelp skal i utgangspunktet være begrunnet i hensynet til pasientens beste. Selv om det ikke finnes noen tilsvarende bestemmelser om forsvarlighetskrav til sosialhjelpen, må det legges til grunn at tilsvarende krav gjelder for denne, se også punkt 3.2.

Selv om utgangspunktet er valgfrihet innenfor faglige forsvarlighetsrammer når det gjelder hvordan tjenestemottakers behov skal dekkes, foreligger det enkelte bestemmelser som legger føringer for hvordan kommunene skal løse oppgavene. Kommunehelsetjenesteloven pålegger blant annet kommunen plikt til å sørge for sykehjem eller annen boform for heldøgns omsorg og pleie. Tilsvarende er kommunene i Sosialtjenesteloven pålagt å sørge for plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester og brukerstyrt personlig assistanse.

8.3 Individuelt tilpassede tjenester

Individuelle behov skal danne grunnlaget for tjenesteytelser, uavhengig av om behovene har sammenheng med tjenestemottakerens fysiske eller psykiske situasjonen, kulturelle eller språklige bakgrunnen, eller andre spesielle behov som gjør seg gjeldende. Dette følger forutsetningsvis av både Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven og er grunnleggende for et tilfredsstillende tjenestetilbud. Individuell tilpassing av tjenestetilbudet er også en nødvendighet for å kunne løse de sammensatte oppgavene som har fulgt med det

utvidede kommunale ansvarsområdet, og er en av løsningene på utfordringene som har oppstått på bakgrunn av utvidelse av det kulturelle mangfoldet.

Økt oppmerksomhet på å tilrettelegge for tjenester som er utformet med utgangspunkt i behov og ønske hos den enkelte, vil også være egnet til å øke den enkeltes rettssikkerhet. Også valgfriheten sikres ved at tjenestemottakerne får anledning til å medvirke ved utformingen av et individuelt tilpasset tjenestetilbud, se punkt 8.8.

Tjenestemottakers medbestemmelsesrett ved utformingen av det tilbudet som gis, er et sentralt prinsipp i dagens sosial- og helsehjelp. Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) om lov om endringer i lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (rusreform II og rett til individuell plan), fattet Stortinget følgende vedtak (Stortingets anmodningsvedtak nr. 63): *"Stortinget ber Regjeringen sikre at brukerrettighetene er en sentral del av arbeidet med forenkling og harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen."* Helsedepartementet orienterte utvalget i brev av 23. januar 2004, og ga uttrykk for en forutsetning om at Stortingets anmodningsvedtak ble ivaretatt av utvalget, se nærmere punkt 8.8.

8.4 Faglig forsvarlige tjenester

8.4.1 Innledning

Helsepersonell er i Helsepersonelloven § 4 pålagt å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Videre skal helsepersonell ta hensyn til sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. Helsepersonelloven § 16. Det foreligger også en forsvarlighetsnorm med et noe mer helhetlig utgangspunkt i Spesialisthelse-tjenesteloven § 2-2.

Tjenesteyting etter Sosialtjenesteloven er basert på at det fattes enkeltvedtak om hvilke tjenester eller ytelser som tjenestemottakeren har krav på. Dette vedtaket trekker rammen og legger premissene for utføringen av tjenestene. Sosialtjenesteloven inneholder ikke tilsvarende generelle bestemmelser om faglig forsvarlighet som Helsepersonelloven § 4, men et slikt krav følger implisitt

av Sosialtjenestelovens formåls- og tilsynsbestemmelser, og av alminnelige regler om god forvaltningsskikk. Ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning er det uttrykkelig sagt i § 4A-5 andre avsnitt at slike tiltak bare kan brukes når det er faglig og etisk forsvarlig.

8.4.2 Nærmere om kravet til faglig forsvarlighet

Ved siden av den lovfestede plikten for alt helsepersonell til å utøve sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet, oppstiller Helsepersonelloven § 4 en plikt til å yte omsorgsfull hjelp. For begge pliktene er det knyttet en begrensning i forhold til hva som kan forventes ut fra personalets kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig, samtidig som det understrekes at tjenesteyter skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dette er en bærende bestemmelse i forholdet mellom helsepersonell.

Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må sees i sammenheng med den plikt helsetjenesten som sådan og dermed, i vår sammenheng, kommunen har til å sørge for forsvarlig virksomhet. Tilsvarende har den ansvarlige ledelse plikt til å sørge for at de rutiner som etableres, er forsvarlige. Denne plikten innebærer også at for eksempel eier og ledelsen av virksomhet som gir helsetjenester, har et ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på forsvarlig måte. Dette følger både av Helsepersonelloven § 16 og av Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Kravet til faglig forsvarlige tjenester er en rettslig standard og består av tre hovedelementer. Tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitativt, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang (Halvorsen 1998). I medisinskjuridisk språkbruk betegnes målestokken for tilfredsstillende kvalitet ofte som "lege artis" (etter kunstens regler).

Det er en nær sammenheng mellom begrepet "nødvendig helsetjeneste", slik det er benyttet i Kommunehelsetjenesteloven § 1-1, og kravet til faglig forsvarlighet, i den forstand at forsvarlighet utgjør en absolutt minstenorm, jf. Rt. 1990 s 874. Begrepet "helsetjeneste" som er benyttet i Kommunehelsetjenesteloven må antas å korrespondere med begrepet "helsehjelp" i Pasientrettighetsloven, jf. definisjonen i § 1-3 bokstav c, av helsehjelp som " handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som

er utført av helsepersonell". Den helsehjelp som ytes, skal alltid være forsvarlig, og ansvaret for dette er plassert på individnivå gjennom Helsepersonelloven § 4, jf. bestemmelsene i lovens kapittel 11 om reaksjoner m.v. ved brudd på lovens bestemmelser. Men det er også krav til virksomhetsnivå: Den aktuelle tjeneste skal være tilgjengelig for dem som etter loven har krav på den. Minstenormen for kvalitet og tilgjengelighet vil imidlertid kunne variere, avhengig av hvilken type tjeneste det dreier seg om, og herunder med hvor viktig det er for tjenestemottakers helse og velferd at denne gis.

"Nødvendig helsetjeneste" er en sammensatt rettslig standard som må ses i sammenheng med begrepet "nødvendig helsehjelp" i Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første avsnitt og Pasientrettighetsloven § 2-1 første avsnitt andre setning. Avgjørelsen av hva som er "nødvendig" i denne sammenheng, må skje på grunnlag av tre ulike avveininger; av hensynet til hva som er medisinsk sett nødvendig å gjøre for den enkelte pasient, som en avveining av individets behov og fellesskapets behov og ressurser, og ut fra en vurdering av hensynet til rettferdig fordeling mellom pasienter med sammenlignbare behov. En tolkning av de rettslige standarder "nødvendig helsetjeneste" og "nødvendig helsehjelp" må imidlertid ta utgangspunkt i en medisinsk forståelse, der "nødvendig" først og fremst refererer seg til pasientens nød. Hjelpen er nødvendig når pasienten kan vise til noe ved sin tilstand som viser eller begrunner mistanke om eller forekomst av sykdom eller mulig funksjonstap som ikke er ubetydelig (Halvorsen 2004).

Standarden har som nevnt et kvalitativt, et kvantitativt og et tidsmessig element. Det som må gjøres, skal være faglig forsvarlig, det skal være nok, og det skal gjøres i tide. Det er i tilknytning til den ressursmessige dimensjonen det juridiske begrepet "nødvendig helsetjeneste" skiller lag med det motsvarende medisinske begrepet, og regelens to side – rettslig standardkrav og avstemming av disse mot de ressurser samfunnet har til rådighet – trer frem. Begrunnelsen for at ressurs hensynet må tas med, ligger i organiseringen og finansieringen av vårt offentlige helsevesen. Befolkningen må kunne forvente at et helsevesen som har som mål å være "heldekkende", også faktisk yter de viktigste tjenestene. Samtidig må det være akseptabelt at visse tjenester ikke inngår i tilbudet, så lenge det er kjent hvilke disse er, og avgjørelsen om ikke å inkludere dem er fattet på et forsvarlig grunnlag.

Kravet til faglig forsvarlighet differensieres ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets

karakter og situasjonen for øvrig. Med kvalifikasjoner siktes det til formelle og reelle kvalifikasjoner, det vil si helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring. Hva som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, vil her som ellers der aktsomhetsnormer gjelder, variere ut fra hvordan situasjonen fortonte seg. Det innebærer en modifikasjon ut fra de forutsetninger og handlingsalternativer helsepersonellet har i den aktuelle situasjonen. Vurderingstemmet er hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i den konkrete situasjonen på bakgrunn av egne kvalifikasjoner, ikke hvordan ideelt helsepersonell burde opptrådt i en ideell situasjon.

Det generelle forsvarlighetskravet vil sette grenser for hva andre enn kvalifisert helsepersonell kan utføre. Det innebærer blant annet at personell ikke skal gå ut over sine kvalifikasjoner i forbindelse med undersøkelse, behandling og annen helsehjelp til pasienter. Hva den enkelte er kvalifisert til, er en objektiv vurdering. Forsvarlighetskravet tilsier imidlertid at hver og en vurderer om hun eller han har tilstrekkelige kvalifikasjoner til å foreta konkrete undersøkelser og behandlinger eller om pasienten bør viderehenvises, eventuelt at spesialisthjelp innhentes. Plikten til forsvarlighet knytter seg altså til kvalifikasjoner, herunder å holde seg faglig oppdatert, krav om å kjenne og å innrette yrkesutøvelsen etter faglige begrensninger, krav til utstyr, legemidler, personell m.v., krav om å innhente nødvendig tilgjengelig informasjon om pasienten, samt samtykke til helsehjelpen. Leger har generelt større og bredere behandlingskompetanse enn andre helsepersonellgrupper. Ved mange sykdomstilstander og behandlingsmetoder vil det derfor være forbeholdt leger å ta endelige beslutninger.

Hva som er medisinske spørsmål i forhold til andre fagområder, kan være vanskelig å angi presist. En av hensiktene med bestemmelsen om krav til egen kompetanse er å hindre at helsepersonell overprøver beslutninger fattet av personell med bedre faglige forutsetninger. For eksempel vil det alltid være en lege som bestemmer behandlingsregimet ved sykehusinnleggelse, og herunder tar avgjørelser om operative inngrep, medikamentell behandling, bruk av anestesi, og andre undersøkelser- og behandlingsformer som krever medisinsk kyndighet. Men faglig ansvar betyr ikke ubegrenset beslutningsmyndighet. På samme måte som en lege ikke plikter å rette seg etter instruks fra arbeidsgiver eller andre, som kan innebære brudd på lovbestemmelser, plikter heller ikke annet helsepersonell å rette seg etter instruks fra lege dersom instruksene er ulovlige eller uforsvarlige. Helsepersonell kan ikke instrueres av

arbeidsgiver eller andre til å utføre handlinger som de anser for å være i strid med kravet til forsvarlighet eller med andre lovbestemte plikter.

Helsepersonelloven § 4s materielle innhold er i hovedtrekk en videreføring, generalisering og synliggjøring av forsvarlighetskravet slik det tidligere var nedfelt i blant annet Legeloven. Eldre dommer er derfor relevant for vurderingen av kravet til forsvarlighet også etter Helsepersonelloven.

Det finnes flere dommer som angår spørsmålet. Som regel vil søksmål med påstand om erstatning for skade etter medisinsk behandling inneholde en anførsel om uaktsomhet. Uaktsomheten knyttes ofte til valg av behandlingsform eller metodevalget, og diskusjonen vil da dreie seg om den konkrete valgte behandling eller metode var forsvarlig – det vil si lege artis. Med ”behandlingsform” siktes til *type* behandling, for eksempel kirurgisk inngrep eller medikamentell behandling eller fysikalsk behandling. ”Metode” anvendes om den snevrere *fremgangsmåte*, for eksempel lokal eller total anestesi, snittmåte, sirkulær- eller skinne-gipsbandasje osv.

Det er et gjennomgående trekk at dersom behandlingen (form eller metode) ikke er lege artis, blir ansvar idømt, og at dersom behandlingen er lege artis, forekommer det bare i unntakstilfeller at legen er blitt erstatningsansvarlig selv om det foreligger andre feil, for eksempel mangelfull informasjon. Halvorsen oppsummerer kort en rekke dommer etter den tidligere Legeloven (Halvorsen 1998, side 180) som følger:

”[B]ehandling ansees [ikke] lege artis hvis legen har unnlatt å gjøre det som kreves som elementære forholdsregler, det som skal gjøres etter innarbeidede rutiner, eller som er det mest nærliggende. Det forutsettes at legen skaffer seg alminnelig tilgjengelig kunnskap, enten ved å gå til litteraturen, eller ved å konsultere en spesialist eller en kollega med større erfaring. Legen må også kjenne sin begrensning, og henviser pasienten videre når det er nødvendig. Hvis en metode velges, må den gjennomføres slik det er forutsatt, og avbrytes hvis forutsetningen brister. Så lenge legen holder seg til det som er ”vanlig praksis” anses behandlingen som regel forsvarlig, selv om det senere skulle vise seg at metoden ikke var god nok.”

For sosialtjenesten finnes ikke tilsvarende lovbestemmelser om nødvendig eller forsvarlig tjenesteyting, og heller ikke lovbestemmelser som dirkete omtaler krav til sosialpersonellens yrkesutøvelse. Etter Sosialtjenestelovens system er tjenester og ytelser basert på at det fattes et enkeltvedtak om hvilke tjenester eller ytelser som tjenestemottakeren har krav på, jf. Sosialtjenesteloven § 8-1

andre avsnitt. Det er den enkelte kommune som på bakgrunn av tjenestemottakerens søknad fastsetter tjenestetilbudet som skal gis. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener, jf. Sosialtjenesteloven § 8-4. Ved utformingen av tjenestetilbudet kan det videre tas hensyn til lokale forhold og til en viss grad kommunens økonomi. Det er lagt til grunn at nivået på tjenestetilbudet uavhengig av dette ikke kan være lavere enn at det tilfredsstillende et visst minstekrav som må stilles til ytelsene, jf. Rt 1990 side 879 (Fusadommen). Dommen gjaldt blant annet om et kommunalt vedtak som innebar betydelig reduksjon av tidligere hjemmehjelp til saksøkeren, var i tråd med gjeldende rett. Vedtaket ble kjent ugyldig på grunn av saksbehandlingsfeil og lovstridig innhold. Høyesterett uttalte her følgende:

”Når det gjelder omfanget av ytelsene, vil spørsmålet ved en domstolskontroll etter min mening være om det aktuelle forvaltningsvedtak tilfredsstillende et visst minstekrav som må forutsettes å gjelde for slike ytelser. En slik vurdering vil ligge nær opp til en domstolsprøving av forvaltningens frie skjønn. Jeg sikter i denne forbindelse særlig til domstolens adgang til å prøve om forvaltningsskjønnet er åpenbart urimelig. En prøving av klientutvalgets vedtak etter disse linjer fører etter min mening til at det må kjennes ugyldig. Vedtaket innebar en vesentlig reduksjon av de ytelser som A tidligere hadde hatt, og det var åpenbart at det ikke tilfredsstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie. Et slikt vedtak kan etter min mening ikke forsvares ut fra hensyn til kommunens økonomi.”

I og med at det stilles et slikt krav til vedtaket, legger det premissene for utføringen av tjenestene. Selv om Sosialtjenesteloven ikke inneholder noen bestemmelse tilsvarende Helsepersonelloven § 4 om faglig forsvarlig helsehjelp, må det derfor likevel legges til grunn at tjenestetilbudet og gjennomføringen av vedtaket må oppfylle faglige og etiske forsvarlighetskrav. Dette følger implisitt av Sosialtjenesteloven, herunder formålsbestemmelsen i lovens § 1-1, og av alminnelige regler om god forvaltningsskikk.

8.5 Ansvar for personellens kompetanse

Tjenesteutøvernes kompetansenivå og -sammensetning er viktig for at kommunen kan tilby forsvarlige tjenester, og for at disse skal kunne utføre sine

oppgaver på forsvarlig måte. Det er kommunene som skal sørge for at tjenesteutøverne har den nødvendige kompetansen til å etterleve kravene som regelverket stiller. Ansvar konkretiseres i Sosialtjenesteloven § 2-3, hvor kommunen pålegges ansvar for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell. Personalet pålegges i samme bestemmelse en plikt til å delta i opplæring som bestemmes, og som anses nødvendig for å holde kvalifikasjonene ved like.

Når det gjelder helsepersonell er ansvaret for kompetanse ytterligere spesifisert i Kommunehelsetjenesteloven §§ 6-1 og 6-2. Av § 6-1 følger at enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Når det gjelder ansatte, følger det av § 6-2 at kommunen skal sørge for at helsepersonellet får påkrevd videre- og etterutdanning. Kommunen skal også medvirke til at helsepersonell i privat virksomhet innenfor dens tjeneste får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. For å holde kvalifikasjonene ved like, plikter helsepersonell innen kommunens helsetjeneste å ta del i foreskrevet videre- og etterutdanning.

Helsepersonelloven har ingen generelle bestemmelser om plikt til deltagelse i undervisning og opplæring, eller annen form for vedlikehold eller heving av kompetanse. Det må imidlertid følge av forsvarlighetskravet i lovens § 4 at helsepersonell har plikt til å holde seg faglig oppdatert. Av Spesialisthelsetjenesteloven § 3-5 følger det at de regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av blant annet spesialister dekkes innen helseregionen.

Saksbehandlingsregler er viktige for rettssikkerheten til tjenestemottakerne, og skal blant annet sørge for at vedkommende får oppfylt sine rettigheter i forhold til det offentlige. Reglene skal mer konkret sikre at saksbehandlingen foregår på rett måte, og herunder sørge for oppfyllelse av partsrettigheter og hindre vilkårlig forskjellsbehandling. Se for øvrig pkt. 6.4 foran om rettssikkerhet. Saksbehandlingsregler har begrenset betydning dersom de ikke er kjent for tjenesteyterne, eller vedkommende ikke har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver på en faglig forsvarlig måte.

I Kommunal- og regionaldepartementets retningslinjer for fremtidig statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, fastsatt av Regjeringen i september 2002, punkt 3, er det gitt uttrykk for at regler om at kommunesektoren må ansette kvalifisert personell og sørge for nødvendig opplæring og etterutdanning ikke bør innføres. Dette bygger på en oppfatning om at det følger av kommunesek-

tores ansvar for å løse en oppgave at kommunene og fylkeskommunene skal ansette nødvendig og tilstrekkelig personell med relevant kompetanse.

8.6 Retten til å flytte til en annen kommune

Å fritt kunne velge hvor en ønsker å ha bopel, er en grunnleggende demokratisk rettighet. Rettighetene er nedfelt i den internasjonale konvensjonen om sivile og politiske rettigheter artikkel 12. Vår sosial- og helselovgivning bygger på det samme prinsipp. Hver enkelt, også tjenestemottakere, har rett til å flytte mellom de kommuner han eller hun ønsker. Den enkelte kommune kan ikke nekte å ta imot tjenestemottaker som ønsker å flytte fra en annen kommune for å ta imot tjenester der.

Hovedregelen i både Sosialtjenesteloven og Kommunehelsetjenesteloven er således at kommunen der en person for tiden oppholder seg, har plikt til å yte kommunale sosial- og helsetjenester, jf. Sosialtjenesteloven § 10-1 og Kommunehelsetjenesteloven § 1-1. Denne reglen innebærer imidlertid også en begrensning av kommunens ansvar; det inntreffer først når vedkommende oppholder seg i kommunen. Kommunen har således som alminnelig regel ikke plikt til å behandle søknader fra personer som oppholder seg utenfor kommunen, eller bistå ved behandling eller omsorg for disse. Det er imidlertid lagt til grunn at en kommune har plikt til å behandle søknader fra personer med behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester som nå ønsker å flytte til den aktuelle kommunen, jf. Sosialdepartementets rundskriv I-43/99. Skal denne gruppen tjenestemottaker ha en reell fri rett til å skifte bopel, er det en forutsetning at den kommunen en ønsker å flytte til behandler søknaden om tjenester slik at tjenestetilbudet kan stå klart på flyttetidspunktet. Departementet har derfor lagt til grunn at kommunen ikke kan avvise en søknad om tjenester til en sterkt pleietrengende, selv om søkeren ikke oppholder seg i kommunen, jf. Sosialtjenesteloven § 10-1 første avsnitt og Kommunehelsetjenesteloven § 1-1.

Når en tjenestemottaker velger å flytte, overtar tilflyttingskommunen ansvaret for å yte og finansiere tjenestene. Tjenestemottakeren kan likevel ikke uten videre kreve å få det samme tjenestetilbudet i den nye oppholdskommunen som i den tidligere. Det er oppholdskommunen som skal vurdere hva som er et tjenlig tilbud for den enkelte tjenestemottakeren der og da, under forutsetning av at tjenestene er forsvarlige. Ved vurderingen av søknader avgjør kommunen, i samarbeid med tje-

nestemottaker, hvilke tjenester som skal ytes i hvert enkelt tilfelle.

Lokale forhold, ulike prioriteringer og forskjeller i ressurser kan føre til at tjenestene varierer både i kvalitet og kvantitet kommunene imellom. Sykehjemsbeboere i én kommune har således ikke krav på tilsvarende plass i en annen kommune, med mindre et annet tilbud er uforsvarlig. Lav dekningsgrad når det gjelder sykehjemsplasser eller omsorgsboliger kan gjøre det vanskelig, og i enkelte tilfeller umulig, for enkelte å flytte. Dette kan begrense muligheten til fritt valg av bostedskommune for den som har et stort pleie- og omsorgsbehov.

8.7 Adgangen til å fastsette vilkår som pålegger tjenestemottakeren plikter

8.7.1 Innledning

Med bruk av vilkår som medfører plikter (vilkårsfastsetting) menes at det ved tildeling av en tjeneste fastsettes et krav til tjenestemottakeren om en type motytelse i form av bestemte handlinger eller disposisjoner. Tildelingen og kravet knyttes sammen: det hefter et forbehold ved det begunstigende vedtaket slik at dette står og faller med at vilkåret oppfylles. Det oppstår dermed et utvekslingsforhold hvor det typiske er at tjenestemottakeren som vederlag for aktuell hjelp forplikter seg til å tåle, yte eller avstå fra noe som det ellers er frihet til eller fra. Det kan være et krav om at tjenestemottakeren skal utføre et arbeid eller ta i mot et sysselsettningstiltak, det kan være forpliktelse til å ta imot opplæring i dagliglivets gjøremål eller ta ansvar for personlig hygiene, det kan være en forpliktelse til å møte til rådgivnings- og veiledningssamtaler, eller det kan være krav om å anskaffe bestemte tekniske innretninger i hjemmet eller yte andre former for egeninnsats.

8.7.2 Vilkårsfastsetting ved tildeling av sosialtjenester

Der den enkelte tildeles et gode som hun eller han ikke har rettskrav på, på grunnlag av et ikke rettslig normert forvaltningsskjønn ("forvaltningens frie skjønn"), er utgangspunktet at den skjønnsmessige kompetansen i loven gir rom for å knytte vilkår til det begunstigende vedtak, uavhengig av om det er gitt en positiv lovhjemmel eller ikke. Adgangen kan begrunnes i et såkalt "mer til mindre - argument". Når forvaltningen selv kan velge om den skal yte tjenester eller ikke, må den også kunne gjøre det mindre, å yte tjenester på visse

betingelser. Det kan imidlertid ikke fastsettes et hvilket som helst krav. Det følger av den alminnelige forvaltningsrettslige læren om adgangen til å fastsette tyngende tilleggsvilkår ved begunstigende vedtak at det må være nær saklig sammenheng mellom vedtakets formål og vilkåret. Videre må det ikke fremtre som uforholdsmessig belastende i forhold til tjenestemottaker at det tas i bruk et slikt virkemiddel, i forhold til det man vil kunne oppnå ved dette.

Etter Sosialtjenesteloven er det også adgang til å knytte vilkår til tildeling av økonomisk stønad eller sosiale tjenester, selv om mottakeren i utgangspunktet har et rettskrav på slike ytelser.

Ved tildeling av økonomisk stønad er det gitt en positiv hjemmel for vilkårsfastsetting i lovens § 5-3. Den gir adgang til å knytte vilkår til den økonomiske stønaden, under forutsetning av at vilkåret har nær sammenheng med vedtaket, og ikke i urimelig grad begrenser stønadsmottakerens handle- eller valgfrihet. En nærmere presisering av hvilke typer vilkår som kan være aktuelle er ikke gitt, med unntak av vilkår om at mottakeren skal utføre passende arbeidsoppgaver i bostedskommunene, se § 5-3 andre avsnitt.

Tilsvarende positiv lovhjemmel er ikke gitt i Sosialtjenesteloven kapittel 4 om andre tjenester enn stønad. Imidlertid er det lagt til grunn at § 5-3 ikke skal tolkes antitetisk, men at bestemmelsen tvert imot må kunne brukes analogisk på andre sosiale tjenester.

En hovedbegrunnelse for å akseptere denne type inngrep idet som i utgangspunktet er angitt som et rettskrav for borgeren, er den subsidiære karakter av disse rettighetene som fremgår av at det bare er rettskrav på stønad eller tjeneste som er "nødvendig". Rettighetsbestemmelsene i Sosialtjenesteloven (§§ 4-3 og 5-1) oppstiller visse vilkår som må være oppfylt for at den enkelte skal ha et rettskrav på økonomisk stønad eller sosiale tjenester. Det er bare den som ikke *kan* sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, som har krav på økonomisk stønad. Og tilsvarende er det den som ikke *kan* dra omsorg for seg selv, som har krav på sosiale tjenester. Et stykke på vei vil således et vilkår om å utnytte alternative måter for å klare seg selv, ligge innenfor en håndheving av lovens krav på rett til økonomisk stønad, for eksempel et vilkår om å søke trygdeytelser eller ta imot tilvist arbeid. Men det er lagt til grunn at det også kan fastsettes vilkår utover dette, som tilleggsvilkår til en stønad mottakeren har rettskrav på, dersom et slikt vilkår kan være et virkemiddel fram mot alternative måter å løse forsørgelsesproblemet på.

At det kan knyttes tilleggsvilkår også til tildeling som stønadsmottakeren har rettskrav på etter denne loven, kan således begrunnes i rettighetsbestemmelsenes karakter av å være vide og skjønnsmessige og sterkt knyttet opp til spørsmålet om hjelpen er nødvendig. Når det er det nødvendige behovet som skal dekkes, åpnes det for å stille spørsmål om det finnes alternative løsninger, og dermed gis det også åpning for å søke å etablere alternativer som gjør det mulig for stønadsmottakeren å klare seg selv, ved bruk av tilleggsvilkår som nettopp stiller krav til hva mottakeren skal gjøre for å løse sine problemer eller klare seg bedre. Hjemmelsgrunnlaget for å knytte tilleggsvilkår til tildelinger stønadsmottakeren har rettskrav på kan anføres ikke å ligge ikke bare i Sosialtjenestelovens vilkårshjemmel, men i hvordan retten til sosialhjelp er definert. Stønadsmottakeren har bare krav på stønad når det ikke er mulig å klare seg selv, og da må det også kunne stilles vilkår om egeninnsats for å kunne komme i en posisjon hvor hjelp ikke er nødvendig eller mindre nødvendig.

Dette er hovedbegrunnelsen for at det legges til grunn at på tilsvarende måte som ved rett til økonomisk stønad, kan oppstilling av tyngende tilleggsvilkår for tildeling av andre sosialtjenester bygge på en forutsetning for rett til sosiale tjenester om at hjelpen er *nødvendig*. Vilåret for rett til sosiale tjenester er at tjenestemottakeren ikke kan dra omsorg for seg selv. I den grad mottaker ved egeninnsats kan klare seg selv, har ikke vedkommende et rettskrav på sosiale tjenester. I noen grad vil et slikt krav om egeninnsats ligge innenfor håndheving av lovens krav for rett til sosiale tjenester. Men her er også en åpning for å forstå loven slik at på grunnlag av rettighetsbestemmelsens skjønnsmessige karakter og rettens klare forankring i vilåret om at hjelpen må være nødvendig, kan det knyttes tilleggsvilkår til tildelingen ut fra et bredere utviklingsrettet perspektiv, ved at vilåret peker mot at mottakeren i større grad blir i stand til å klare dagliglivets gjøremål eller få mer effekt ut av den hjelpen som ytes. Det kan være et vilkår om å ta imot opplæring i dagliglivets gjøremål, gi samtykke til tekniske installeringer i hjemmet som gjør det mulig for vedkommende å klare seg bedre, eller gjør det mulig for personale å få gitt forsvarlig hjelp.

Bestemmelsen i Sosialtjenesteloven § 5-3 må etter dette forstås slik at det kan knyttes vilkår til tildeling av økonomisk stønad, uavhengig av om mottakeren har et rettskrav på stønad eller ikke, så lenge vilåret peker mot alternative måter å løse mottakerens forsørgelsesproblem på og ellers opp-

fyller vilkårene som saklig sammenheng og forholdsmessighet. Og tilsvarende må gjelde andre sosiale tjenester, når vilkårsfastsettingen peker i retning av å gjøre mottakeren bedre i stand til å dra omsorg for seg selv, eventuelt få bedre effekt ut av den hjelpen som gis. Ved den type inngrep i lovfestede rettigheter det her er tale om, må imidlertid kravet om nær saklig sammenheng mellom vedtak og vilkår, og om forholdsmessighet i bruken av vilkåret, tolkes strengt.

I kravet om tilstrekkelig nær saklig sammenheng mellom vedtak og vilkår ligger således at vilkåret må være egnet til å fremme lovens formål. I forhold til Sosialtjenesteloven er det et mål at mottakeren av hjelp skal bli i bedre stand til å sørge for seg selv eller tilpasse seg en vanskelig situasjon, og dette må sette rammen for hva slags vilkår som kan oppstilles. I kravet om forholdsmessighet ligger at det må være samsvar mellom den byrden mottakeren påføres og det som oppnås med vilkåret. I og med at det er tale om en vedtakssituasjon hvor parten – tjenestemottakeren – normalt er sterkt avhengig av den ytelsen det søkes om, må det stilles ganske strenge krav til denne forholdsmessighetsvurderingen. Spesielt må det vurderes om vilkåret innebærer en urimelig umyndiggjøring eller stigmatisering av tjenestemottakeren.

8.7.3 Vilkårsfastsetting ved tildeling av helsetjenester

Retten til nødvendig helsehjelp følger av Kommunehelsetjenesteloven § 2-1. I loven er det ikke gitt noen særskilt hjemmel for å knytte vilkår til tildeling av helsetjenester, og spørsmålet har i begrenset utstrekning vært diskutert i juridisk teori. I Pasientrettighetsloven § 2-1 andre avsnitt andre setning fastlås det imidlertid at retten til nødvendig helsehjelp er begrenset til tilfeller der pasienten kan ha forventet nytte av denne og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet i ikke ubetydelig grad, at tilstanden kan forverres uten behandling, eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen, jf. Prioriteringsforskriften § 2 tredje avsnitt. Dette må gjelde også i forhold til retten til nødvendig helsehjelp etter Kommunehelsetjenesteloven. Sett i sammenheng med Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften vil den konkrete vurderingen som skal foretas av pasientens tilstand i en del situasjoner kunne danne grunnlag for fastsetting av vilkår for helsehjelp. Vurderingen

skal være basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og behandlingens effekt, samtidig som forventede resultater skal stå i forhold til kostnadene. Det kan anføres at dersom pasienten ikke oppfyller enkelte vilkår til egeninnsats, vil vedkommende ikke kunne prioriteres fordi effekten av inngrepet ikke vil stå i forhold til kostnadene.

I praksis synes det også å være tilfeller hvor det knyttes vilkår til tildeling av helsetjenester. Det som synes aktuelt er dels krav om å anskaffe eller tillate installasjon av teknisk utstyr eller tekniske hjelpemidler i eget hjem, men også krav om å ta ansvar for egen pleie eller gjennomføre trenings- eller opplæringsprogram.

Boks 8.1 Klagesak Sør-Trøndelag

I en klagesak fra Fylkeslegen i Sør-Trøndelag (datert 10.12.91, referanse 1284-60023/91) stadfestet fylkeslegen et vilkår om at tjenestemottakeren skulle bytte ut sin seng med en elektrisk spesialtilpasset sykeseng. Begrunnelsen var at en slik sykeseng var en nødvendig forutsetning for å kunne utføre tjenestene på en faglig forsvarlig måte. Samtidig ga fylkeslegen mottakeren av helsehjelp medhold i at kommunene ikke kunne stille krav om installering av en takmontert personløfter. Under forutsetning av at en gulvmontert personløfter ble brukt, mente fylkeslegen at det ikke var nødvendig å installere en takmontert personløfter for å gi mottakeren av hjelpetjenester forsvarlig hjelp. Det måtte også tas hensyn til at en takmontert personløfter krevde bygningsmessige endringer, noe mottakeren av hjelp ikke selv ønsket og som også etter hans syn ville forringe boligens verdi.

Saken ble behandlet med utgangspunkt i Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp. Det ble uten videre lagt til grunn at det kan knyttes vilkår til en tildeling om nødvendig helsehjelp. Vurderingen av lovligheten av vilkåret ble i tråd med dette foretatt med utgangspunkt i spørsmålet om det var nødvendig med installering av tekniske hjelpemidler for å utføre tjenestene på en forsvarlig måte. Vilårsfastsettingen ble således begrunnet som nødvendig for å gi forsvarlig hjelp. Dernest ble det trukket inn andre momenter, som hensynet til personalets arbeidsbelastning og mottakerens motforestillinger mot inngrepet, før det ble foretatt en forholdsmessighetsvurdering.

8.7.4 Konsekvenser av brudd på vilkårene

Når det knyttes vilkår til vedtak, er det ut fra en forventning om at vilkårene overholdes. Ikke-oppfyllelse av vilkåret medfører ikke at vedtaket automatisk bortfaller. Eventuelle konsekvenser av ikke-oppfyllelse av vilkår, må vurderes konkret, og det må treffes et nytt vedtak hvor det opprinnelige tildelingsvedtaket oppheves eller endres. Ved denne vurderingen vil bakgrunnen for ikke-oppfyllelsen være et sentralt moment, herunder om det forelå vektige grunner for handlemåten, eventuelt om vedkommende reelt sett hadde mulighet til å oppfylle vilkåret. Men selv om det er grunnlag for å bebreide tjenestemottakeren for ikke-oppfyllelsen av vilkåret, betyr dette ikke at man uten videre kan nekte ham eller henne hjelp. De to lovenes karakter av grunnleggende sosiale sikkerhetsnett tilsier at personer som befinner seg i en nødsituasjon likevel vil ha krav på hjelp, selv om vilkår er brutt uten rimelig grunn.

Ut fra dette er det særlig problematisk å knytte vilkår til individuelle rettigheter som skal dekke grunnleggende behov. Og dette er i alle fall særlig viktig for vurderingen av eventuelle konsekvenser ved brudd på vilkår, og et element som vesentlig grad begrenser mulighetene for å effektivere sanksjoner ovenfor tjenestemottaker.

Som eksempel på de vurderinger som må foretas, kan det vises til departementets omtale av denne problematikken i forhold til legemiddelasistert rehabilitering av rusmisbrukere (LAR) i rundskriv I -35/2000 punkt 8:

”Ved omsetting av illegal narkotika og/eller vanedannende legemidler eller begrunnet mistanke om dette, og ved bruk av vold og/eller trusler om vold, skal klienten skrives ut, med mindre det vil fremstå som en uforholdsmessig reaksjon. Vedvarende alkohol- og/eller narkotikamisbruk ved siden av behandlingen, fusk med urinprøver eller legemiddelinntak, manglende oppmøte til avtaler/henting av legemiddel og samarbeidsvegving i forhold til avtaler, regelverk og/eller tiltaksplan kan gi utilstrekkelig behandlingseffekt. Slike forhold kan derfor gi grunnlag for utskrivning.”

Det oppstilles altså et krav om at reaksjonen må være forholdsmessig, hvor sidemisbruk, fusk med urinprøver mm, ikke vil gi grunnlag for utskrivning med mindre det medfører utilstrekkelig behandlingseffekt.

8.8 Utvalgets vurdering

Et klart utgangspunkt for utformingen av lovverket om kommunale sosial- og helsetjenester må

være at kommunene bør ha størst mulig frihet til å organisere tjenestene ut fra lokale forhold og behov. Tjenestenes karakter av grunnleggende velferdsstatlig sikkerhetsnett tilsier imidlertid at det må settes og håndheves minimumsstandarder for de tilbud som gis i form av rettslige forpliktelser for kommunene i forhold til den enkelte tjenestemottaker. Utvalget mener at dagens krav om et minstenivå på tjenestene må videreføres. Å få dekket denne type grunnleggende behov er en menneskerett. Det er et statlig ansvar å sikre dette, som ikke alene kan overlates til kommunal skjønnutøvelse og budsjettprioriteringer. I utkastet er det i tråd med dette foreslått en felles bestemmelse om at landets kommuner skal sørge for nødvendige sosial- og helsetjenester til alle som oppholder seg i kommunen, jf. utkastet § 1-2 nr. 1.

Den enkelte tjenestemottakers behov må møtes med individuelle, differensierte og helhetlige løsninger. For å sikre helhetlige og samordnede løsninger for tjenestemottakerne, bør de formelle skillene mellom tjenester i og utenfor institusjon fjernes fra lovverket, jf. utkastet § 2-3.

Etter utvalgets vurdering bør det i loven stilles et uttrykkelig krav om faglig forsvarlighet ved tjenesteytingen både for kommunale helsetjenester og sosialtjenester, og for den enkelte tjenesteyter som er pålagt plikt til forsvarlig tjenesteytelse, jf. utkastet § 2-4. Dette innebærer en videreføring av gjeldende krav etter Kommunehelsetjenesteloven, jf. Helsepersonelloven § 4 (individuell forsvarlighetsnorm), og en tydeliggjøring av kravet til faglig forsvarlige sosiale tjenester. I tillegg innebærer utkastet krav om at virksomheten organiseres slik at personellet kan utøve sin gjerning på faglig forsvarlig vis, jf. prinsippet i Helsepersonelloven § 16 og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Vurderingen av hva som er en forsvarlig minstestandard på ulike områder må være basert på en løpende oppdatert faglig kunnskap, sammenholdt med det sosial- og helsepolitiske ambisjonsnivå som defineres av Regjeringen. For å kunne muliggjøre en slik nyansert løpende regulering av dette har utvalget funnet det nødvendig med en relativt vid forskriftshjemmel for fastsetting av forsvarlighetskrav til kommunale sosial- og helsetjenester, herunder kvalifikasjonskrav i særlig stillinger, se forslaget § 2-4.

Tjenestetilbudet må bygge på respekt for tjenestemottakerens menneskerverd og personlige integritet. Tjenestetilbudet skal ta sikte på å styrke hans eller hennes mestrings- og funksjonsevne og evne til en selvstendig og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. For å kunne oppfylle denne

målsettingen må tjenestetilbudet være utformet i samarbeid med tjenestemottakeren. Dette er etter utvalgets vurdering et grunnleggende krav til samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottakere, jf. utkastet § 1-4, og er en videreføring og tydeliggjøring av de krav som må stilles til tjenesteytingen etter gjeldende regler.

Det kan likevel i enkelte tilfeller være nødvendig å stille vilkår overfor tjenestemottakeren for at hjelpen skal gis. I dag er rettstilstanden når det gjelder dette spørsmålet til dels nokså uoversiktlig. Etter Sosialtjenesteloven § 5-3 kan det stilles vilkår for tildeling av økonomisk stønad, mens det for andre tjenester etter Sosialtjenesteloven og Kommunehelsetjenesteloven ikke er slike bestemmelser. Det er likevel lagt til grunn at det er en viss adgang til å stille vilkår ved tildelingen også for disse tjenestene, se punkt 8.7.

Etter utvalgets vurdering bør det også i fortsettelsen være adgang til å stille krav om en viss egeninnsats ved tildeling av tjenester, også om disse i utgangspunktet er rettigheter som følger av loven. Det bør imidlertid gis en bestemmelse som på generelt grunnlag sammenfatter grunnlaget for og begrensningene i adgangen til å sette vilkår i slike situasjoner, se utkastet § 3-2. Forslaget innebærer en sammenfatning og klargjøring av gjeldende rett når det gjelder adgang til å stille vilkår overfor tjenestemottaker for at hun eller han skal motta sosial- eller helsetjenester. Denne bestemmelsen fastslår at vilkårsfastsetting først er aktuelt når mottakeren ikke på frivillig grunnlag vil søke å opprettholde, gjenopprette eller styrke sin forsørgelses- eller funksjonsevne på en tilfredsstillende måte. Vilkaarsfastsettingen må videre være egnet til å fremme dette formålet eller medføre at hjelpen blir tilstrekkelig effektiv eller forsvarlig. Det må alltid foretas en forholdsmessighetsvurdering ut fra hvor stor belastning et slikt vilkår er for tjenestemottakeren. Dersom vilkårene ikke oppfylles, vil det være adgang for kommunen til å redusere hjelpen, men tjenestene må alltid være forsvarlige.

God kunnskap om saksbehandlingsreglene og saksbehandlingsrutiner er grunnleggende for å sikre rettighetene til tjenestemottakerne. En samordnet forvaltning av kommunale sosial- og helse-tjenester krever at det gjelder de samme regler om saksbehandlingen uavhengig av om det er tale om sosialtjenester eller helsetjenester. Det foreslås derfor at Forvaltningslovens regler skal gjelde på vanlig måte ved alle tildelingsbeslutninger etter loven her, men med videreføring av særreglene for situasjoner hvor flere konkurrerer om et knapphetsgode, se utkastet § 4-1 og ovenfor kapittel 7.

Utvalget understreker at for at regelverkets alminnelige krav om forsvarlig tjenesteutøvelse skal være oppfylt, er det avgjørende viktig at tjenestemottakernes behov vurderes jevnlig av personalet på hvert enkelt tjenestested. Bare på denne måten sikres at ytelsene er individuelt tilpassede tjenester.

Utvalget legger videre til grunn at det er viktig at kommunens ansvar for at sosial- og helsetjenestens personell får den nødvendige opplæring, herunder etter- og videreutdanning, fremgår eksplisitt av loven, se utkastet § 11-6. Personalet vil etter bestemmelsen være forpliktet til å delta i opplæring som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like. Dette er etter utvalgets oppfatning nødvendig for å opprettholde og styrke kommunens mulighet til å gi gode og forsvarlige sosial- og helsetjenester.

Utvalget viser også til Stortingets anmodningsvedtak nr. 63, knyttet til Odelstingets behandling av Ot.prp. nr. 54 (2002-2003), der Stortinget ba Regjeringen sikre at brukerrettighetene skulle være en sentral del av arbeidet med forenkling og harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivningen. Utvalget legger til grunn at lovutkastet som helhet sikrer brukerrettighetene på en tilfredsstillende måte. I et harmoniseringsperspektiv har det fremstått som viktig for utvalget å gi få særregler for enkelte tradisjonelle "brukergrupper", og å legge vekt på at alle skal ha krav på individuelt tilpassede og faglig forsvarlige tjenester.

Kapittel 9

Kartlegging, medvirkning, dokumentasjon, samtykke og informasjon

9.1 Innledning

Hensynet til tjenestemottakerens autonomi og integritet har stått sentralt i den senere tids utvikling innen sosial- og helsesektoren. Som tidligere nevnt er det i utgangspunktet et asymmetrisk forhold mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Mottakeren er i stor grad avhengig av hjelpeapparatet og tjenesteyteren, men graden av asymmetri varierer.

Kartlegging, medvirkning, samtykke og informasjon er fire viktige elementer som er nært knyttet til hverandre i arbeidet med å ivareta tjenestemottakerens autonomi og integritet, og således begrenser asymmetrien. Kartlegging er en forutsetning for å kunne vurdere om, og eventuelt hvilke, tjenester som skal ytes. Medvirkning er et viktig element i kartleggingen og informasjon er en forutsetning for å kunne medvirke. Retten til medvirkning er videre nært knyttet til samtykke som forutsetning for behandling/ytelser og retten til informasjon, og også et viktig motiverende virkemiddel i forhold til tjenestemottakeren.

For å kunne yte forsvarlig sosial- og helsehjelp og dokumentere hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete handlinger, er det en forutsetning at alle relevante opplysninger nedtegnes. Dokumentasjon er også et middel til kommunikasjon mellom dem som har medansvar for oppfølging av tjenestemottakeren på en faglig forsvarlig måte. Dokumentasjonen har for øvrig også en viktig funksjon ved eventuelle klage- og erstatningssaker, i kontroll- og tilsynsvirksomhet, og ved evaluering og endring av tjenestetilbudet.

I økende grad er det erkjent at samarbeid mellom sosial- og helsetjenesten og tjenestemottakeren er viktig for å oppnå gode resultater. Tjenestemottakeren har fått mer kunnskap om sine rettigheter, egen situasjon og om tjenestetilbudet generelt, og derigjennom fått en mer deltakende og aktiv rolle. I de senere år har denne utviklingen blitt forsterket ved at informasjon har blitt lettere tilgjengelig som følge av utviklingen av Internett.

Det kan ses som uttrykk for en demokratiseringsprosess og tjenestemottakerorientering i retning av økende samarbeid, medbestemmelse og medansvar, på bekostning av et mer paternalistisk mønster hvor tjenestemottakerens egen oppfatning ble tillagt liten vekt.

Retten til medvirkning, samtykke og informasjon innebærer at tjenestemottakeren i større utstrekning blir en samarbeidspartner, som i tillegg til å motta hjelp, skal bidra til å fastsette premissene for hva som skal gjøres og på hvilken måte. Både i sosial- og helsetjenesten er medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet lovfestet, jf. Pasientrettighetsloven § 3-1 og Sosialtjenesteloven § 8-4.

Økende vektlegging av personlig integritet og likeverd har sider mot etikk og menneskerettigheter, se kapittel 6. I flere sammenhenger er imidlertid medvirkning også et vilkår for å motta hjelp, se for eksempel Arbeidsmiljøloven § 16 og Folketrygdloven § 8-8. Hensynet til enkeltindividets autonomi og integritet må vurderes mot mer paternalistiske og styrende elementer. Det er en komplisert balansegang mellom medbestemmelse og faglig vurdering. I vurderingen er det viktig at det ikke legges en slik ensidig vekt på medvirkning og samtykke at det i realiteten innebærer en ansvarsfraskrivelse fra myndighetenes eller den enkelte tjenesteyters side. Det er avgjørende at rettighetene til den relativt store gruppen med redusert kompetanse som ikke selv er i stand til å ivareta sine rettigheter, sikres på en tilfredsstillende måte. Rigide krav om medvirkning og selvbestemmelse fra denne gruppen vil i mange tilfeller ha en funksjon som ansvarsfraskrivelse for tjenesteyter. Faglige beslutninger skal i siste instans foretas av kompetente fagpersoner, og ikke overlates til mottaker.

9.2 Kartlegging av hjelpebehovet

Det individuelle behovet skal dekkes, og tjenestenes art og omfang må gjenspeile behovet. God og grundig kartlegging av den enkeltes behov for

hjelp er en forutsetning for at tjenestetilbudet på best mulig måte skal kunne dekke det faktiske behovet. Kartlegging er en dynamisk prosess, som tidsmessig ikke nødvendigvis er begrenset til tidspunktet for søknad om tjenester. Tjenestemottakerens mulighet til enhver tid til selv å ivareta sine behov må danne utgangspunktet for dette kartleggingsarbeidet. Det må innhentes opplysninger som er egnet til å avklare om søkeren fyller vilkårene for ytelser etter Kommunehelsetjenesteloven eller Sosialtjenesteloven. I tillegg må det innhentes opplysninger som er egnet til å avklare formålet med hjelpen, og hvilke typer tjenester som må gis for å dekke behovet.

Forvaltningsorganer har etter Forvaltningsloven § 17 plikt til å påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Organet skal utrede saken og belyse alle relevante forhold som vil kunne påvirke retts- eller skjønnsanvendelsen. Plikten innebærer at det må foreligge tilstrekkelige opplysninger til å kunne vurdere saken på en faglig forsvarlig måte. I denne sammenheng er det uten betydning at Kommunehelsetjenesteloven § 2-1, tredje avsnitt, fastsetter at Forvaltningslovens regelverk ikke gjelder for tildeling av tjenester etter denne bestemmelsen. Plikten til å yte "nødvendige" tjenester og det faktum at kommunen har bevisbyrden for at denne plikten er oppfylt, forutsetter at avgjørelsene er basert på faglig forsvarlige vurderinger, og dette forutsetter i sin tur en utredningsplikt, jf. også Helsepersonelloven § 4 om krav til forsvarlighet ved helsepersonells yrkesutøving. Se for øvrig pkt. 8.4 om dette.

Samtidig gir Personopplysningsloven § 11 første avsnitt bokstav b en begrensning i informasjonstilgangen for den enkelte tjenesteyter ved kravet om at opplysningene bare skal nyttes til uttrykkelig angitte formål som er saklig begrunnet i den behandlingsansvarliges virksomhet. Dette betyr at den enkelte saksbehandler ikke skal innhente eller registrere (behandle) andre, flere eller mer detaljerte opplysninger enn det som er nødvendig i den konkrete saken. Det er også et forbud mot å lagre unødvendige opplysninger, se Personopplysningsloven §§ 11 og 27. Tilsvarende begrensningene følger av Helseregisterloven. I dette ligger at tjenesteyter i hvert enkelt tilfelle må vurdere hvilke opplysninger det er nødvendig å innhente og eventuelt registrere. "Need to know" er et bærende prinsipp for all innhenting og annen behandling av potensielt sensitiv informasjon.

Individuelle forhold og store variasjoner i sakenes kompleksitet gjør at det ikke kan fastsettes én standard for hva som må innhentes av opplysninger for at saken kan anses godt nok opplyst. Avvei-

ningen mellom de to tilnæringsmåtene kommer til uttrykk i Rundskriv U-4/2003 om sosialtjenestens adgang til å kreve kontoutskrift fremlagt ved behandling av søknad om økonomisk stønad. En kontoutskrift, som viser alle bevegelser på konto i et bestemt tidsrom, inneholder store mengder personlig informasjon som ikke er relevant for sosialtjenestens saksbehandling. I rundskrivet presiseres derfor at kontoutskrift ikke kan kreves fremlagt rutinemessig eller som hovedregel ved behandling av søknader om økonomisk stønad. Dersom den konkrete situasjonen er slik at enkelte nødvendige opplysninger ikke kan dokumenteres på annen måte, og sosialtjenesten finner det nødvendig å be om kontoutskrift, skal det gjøres klart for tjenestemottaker hvilke opplysninger det er behov for og hvorfor. Tjenestemottaker vil da kunne "sladde" andre opplysninger fra utskriften før denne legges frem for sosialtjenesten.

Når det gjelder helsetjenesten, forutsetter Helsepersonelloven § 4 at helsepersonellet inneholder tilstrekkelig informasjon om pasienten til å kunne utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet. Videre følger av Helsepersonelloven § 40 at en journal skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. I dette ligger den begrensning at det ikke skal nedtegnes opplysninger som ikke er relevante og nødvendige.

Individuell kartlegging forutsetter i mange sammenhenger både medvirkning, informasjon og samtykke fra tjenestemottakeren. Medvirkning fra de berørte har flere funksjoner. Muligheten for å bedre beslutningsgrunnlaget og sikre mindre avmakt fremstår som sentralt i denne sammenheng. Å involvere berørte parter i en tidlig fase kan medføre endringer og redusere potensielle konflikter, forsinkelser og derigjennom økte kostnader. I sum må det kunne antas at medvirkning vil gi bedre prosesser og redusere avstanden til tjenestemottaker, problemer og vanskelige avveininger.

Medvirkning i kartleggingsfasen kan foregå på ulike måter og være av ulikt omfang, og graden av involvering og innflytelse kan variere. I den grad tjenestemottakeren forventes å medvirke, er det en forutsetning at vedkommende gis informasjon om hva det skal medvirkes til. Dette gjelder uavhengig av om kartleggingen forventes å ha positive eller negative konsekvenser for tjenestemottakeren. Ytelser som forutsetter søknad fra tjenestemottakeren, vil som regel vurderes som en type samtykke til å kartlegge vedkommendes behov. Ofte oppgir tjenestemottakeren også mange nødvendige opplysninger i søknaden. Om denne hand-

lingen oppfyller de juridiske kravene til et samtykke, er imidlertid avhengig av blant annet om vedkommende får tilfredsstillende informasjon om hva søknaden innebærer, og at vedkommende har samtykkekompetanse, se pkt. 9.5 i fortsettelsen om samtykke.

9.3 Medvirkning

Medvirkning innebærer at tjenestemottaker får anledning til å gi uttrykk for sitt syn, og at synet tillegges vekt ved utforming og gjennomføring av tjenester. I likhet med kartlegging, samtykke og informasjon, er retten til medvirkning nært knyttet til det grunnleggende kravet om å vise respekt for den enkelte tjenestemottakers autonomi og integritet. Ved at det gjennom sosial- og helselovgivningen har blitt lagt større vekt på medvirkning, har de grunnleggende generelle forvaltningsrettslige prinsippene om kontradiksjon, likeverdighet og medbestemmelse kommet klarere til uttrykk.

En økende grad av medvirkning innebærer også et forenkende element for kommunen i arbeidet med å oppfylle sosial- og helsetjenestens formål. Helsetjenestens formål er på en effektiv måte å forebygge sykdom, behandle mennesker, lindre deres plager og gi nødvendig omsorg. Sosialtjenestens formål er å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Likeledes skal sosialtjenesten bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Det er flere bestemmelser i sosial- og helselovgivningen som gir den som er part i en sak rett til å medvirke ved utformingen av tjenestene. Bestemmelsene har først og fremst valg av ytelse i fokus, men gjelder i praksis også tjenestevolum. Av Forvaltningsloven følger at tjenesteyter plikter å orientere vedkommende, og eventuelt pårørende, om rettigheter i forbindelse med utforming av tilbudet.

I St.meld. nr. 50 (1993-94) ble det uttalt at bestemmelsen om pasientmedvirkning etter den tidligere Legeloven § 25 representerte et viktig prinsipp i norsk helselovgivning. Bestemmelsen ble videreført i Pasientrettighetsloven, og har, sammen med andre faktorer, bidratt til den gradvise endringen i forholdet mellom helsepersonell og pasient som har funnet sted de senere tiår. Pasientrettighetsloven § 3-1 presiserer pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av alle former for helsehjelp, herunder forebyggende, diagnostise-

rende, behandlende og rehabiliterende. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette innebærer imidlertid ikke at pasienten har rett til å velge hvilken metode som skal benyttes, dersom helsepersonellet mener en annen metode er mer egnet eller mer forsvarlig.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har vedkommendes nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Av Sosialtjenesteloven følger at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten, jf. § 8-4. Det er presisert at klientens mening skal tillegges stor vekt. Prinsippet er ytterligere utpenslet i Sosialtjenesteloven § 4A-3 om rett til medvirkning og informasjon ved tvangsvedtak overfor psykisk utviklingshemmede, hvor det fastsettes at tjenestemottakeren, vergen eller hjelpevergen og pårørende skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang eller makt. Også Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten har en bestemmelse om medvirkning og gir tjenestemottakere medbestemmelsesrett i den daglige utførelsen av tjenestene. Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende, verge eller hjelpeverge, skal tas med på råd ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte tjenestemottaker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene, jf. § 3 første avsnitt.

Grunnlaget for, og viktigheten av, medvirkning kommer tydelig til uttrykk ved å se prinsippet i flere nivåer i kontaktflaten mellom tjenestemottaker og den kommunale sosial- og helsetjenesten. Medvirkning kan foregå på mange vis. Graden av involvering og innflytelse kan ha ulikt nivå, og valg av fremgangsmåte må skje på grunnlag av en konkret vurdering. Hva som helt konkret er rimelig og hensiktsmessig, vil være sentrale momenter i denne vurderingen.

Medvirkning må i praksis være basert på frivillighet, ettersom en tjenestemottaker vanskelig kan pålegges å medvirke. Selv om det forekommer ytelse som *forutsetter* medvirkning, er det i prinsippet tjenestemottakerens eget valg om vedkommende ønsker ytelsen. Frivilligheten kan i realiteten være begrenset i denne type tilfeller, særlig dersom det ikke foreligger noe reelt alternativ. Det er også opp til tjenestemottakeren å avgjøre i hvilken grad vedkommende ønsker å benytte medbestemmelsesretten. Innen sosialsektoren følger prinsippet om frivillighet av at hjelp som hovedregel er avhengig av at tjenestemottakeren søker om tjenester, mens det innen helsesektoren følger av

det generelle kravet om at det må foreligge samtykke fra pasienten før helsehjelp kan gis. Det innebærer imidlertid også at tjenestemottakeren har fått et visst medansvar. At tjenestemottakeren får tilfredsstillende informasjon er, som tidligere nevnt, en forutsetning i forhold til såvel medvirkning som til kartlegging og samtykke.

Medvirkning er særlig sentralt ved utarbeidelse av behandlings- eller tiltaksplaner. Helsepersonells grunnleggende ansvar for at den helsehjelpen som ytes er forsvarlig, samt at andre plikter overholdes, reduseres imidlertid ikke ved at pasienten medvirker. Graden av medvirkning må tilpasses den enkeltes individuelle forutsetninger, se Pasientrettighetsloven § 3-1 første avsnitt siste punktum. Hva som er praktisk mulig, for eksempel ved bevisstløshet eller nedsatt funksjonsevne, og hvor komplisert helsehjelp som ytes, er også vesentlige momenter. Jo større faglig kompetanse som kreves, jo mindre vil pasientens reelle medvirkningsmuligheter være. Dersom vedkommende er mindreårig, psykisk utviklingshemmet, dement eller har alvorlige psykiske forstyrrelser, vil andre kunne tre inn i tjenestemottakerens sted, og ha rett til å medvirke på dennes vegne, jf. Sosialtjenesteloven § 4A-3 og Pasientrettighetsloven §§ 4-4 flg. Tjenestemottakere skal allikevel medvirke så langt dette er mulig.

Retten til å medvirke innebærer ikke at sosial- og helsetjenestene nødvendigvis skal oppfylle alle tjenestemottakerens ønsker. Tjenestetilbudet skal baseres på en faglig vurdering. Medvirkningsprosessen sikrer imidlertid informasjon til de berørte og reduserer derigjennom usikkerhet og unødige bekymringer. Interessekonflikter forsvinner ikke ved medvirkning, men medvirkning kan føre til at de løsninger som velges, på en bedre måte ivaretar flest mulig relevante hensyn. Samtidig vil de berørte parter gjennomgående ha lettere for å forstå hvorfor de aktuelle løsninger velges.

9.4 Dokumentasjonsplikt

Helsepersonell har etter Helsepersonelloven plikt til å føre journal for den enkelte pasient. Også de ansvarlige for virksomhetene har plikter i dokumentasjonssammenheng, men selve journalføringen er det tjenesteytende personell som skal utføre. Før ikrafttredelsen av de nye helselovene i 2001 var det kun enkelte profesjonsgrupper som var pålagt rettslig plikt til å dokumentere tjenesteytingen.

Sosialtjenesteloven har ingen direkte korresponderende bestemmelse om plikt til å dokumen-

tere den løpende tjenesteytelse. Det må imidlertid forutsettes at den løpende saksbehandling i sosialtjenesten er i samsvar med god forvaltningsskikk, og derfor i utgangspunktet skriftlig. I saker om bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning er det også fastsatt en plikt til å føre journal, og i Forskrift til sosialtjenesteloven er det oppstilt visse notoritetskrav når det skal benyttes tvang i boliger med heldøgns omsorgstjenester og i rusinstitusjoner. For enkelte ytelser etter Sosialtjenesteloven foreligger det imidlertid verken krav om å føre journal slik som etter Helsepersonelloven, og det kan heller ikke utledes et slikt krav på grunnlag av de alminnelige prinsipper for forsvarlig saksbehandling i forvaltningen. Et eksempel kan være der det gis heldøgns omsorg i egen bolig i henhold til et enkeltvedtak og det ikke ytes helsehjelp. I slike tilfeller er det likevel ofte ønskelig at de som yter disse tjenestene foretar en tilsvarende dokumentasjon som helsepersonell er pålagt å utføre. Dette skal også være en utbredt praksis.

Regelverket om dokumentasjonsplikt ved løpende tjenesteyting i den kommunale helsetjeneste følger av Helsepersonelloven § 39 og den tilhørende Pasientjournalforskriften. Plikten kan for øvrig indirekte utledes av bestemmelsene i Pasientrettighetsloven. Også Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a er sentral, ved at den ansvarlige for virksomheten skal legge forholdene til rette slik at dokumentasjon kan foretas i henhold til krav gitt i lov og forskrift. Kommunen som virksomhetsansvarlig er også selvstendig pliktsubjekt i henhold til en rekke av bestemmelsene i Pasientjournalforskriften. Tilsvarende prinsipp følger av Helsepersonelloven § 16, første avsnitt, hvoretter virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, herunder dokumentasjonsplikten. Se også Pasientjournalforskriften § 4.

Pasientjournal/journal er definert i Pasientjournalforskriften § 3 som en samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, jf. Helsepersonelloven § 40 første avsnitt. Plikten til å føre journal etter Helsepersonelloven gjelder for helsepersonell som utøver helsehjelp, enten dette formelt sett er organisert som en del av kommunehelsetjenesten eller sosialtjenesten. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell.

Helsepersonelloven § 39 første avsnitt, andre setning innebærer at helsepersonell som gir helsehjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet

helsepersonell, kan ha dokumentasjonsplikt dersom de er alene om å gi den aktuelle helsehjelpen, eller på annen måte har en selvstendig rolle. Kravet til selvstendighet innebærer at personell som kun har en støttende eller underordnet funksjon i forhold til annet helsepersonell, ikke har journalføringsplikt. Selve journalføringen kan delegeres til andre, enten til annet helsepersonell eller til andre medhjelpere. Den som delegerer dokumentasjonsoppgaven, har fortsatt ansvaret for at dokumentasjonsplikten overholdes og må sørge for å kontrollere journalen og de nedtegnelser som er gjort hvis dette anses nødvendig.

Etter Sosialtjenesteloven er dokumentasjonsplikt av løpende tjenesteytelser begrenset til de situasjoner hvor tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning har vært nødvendig, jf. § 4A-10. Reglene i Helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og Pasientjournalforskriften gjelder her så langt de passer. Dersom det gjennomføres tvang i nødsituasjoner i institusjon og bolig med heldøgns omsorgstjenester overfor andre enn psykisk utviklingshemmede, er det visse dokumentasjonskrav som følger av forskrift til Sosialtjenesteloven. Ved bruk av tvang skal dette nedtegnes og føres i tvangsprotokoll, jf. forskriften §§ 4-5 og 5-16.

Ordinær kommunal saksbehandling etter Forvaltningsloven og samsvar med god forvaltningsskikk for øvrig, forutsetter skriftlighet og rutiner som i stor grad er samsvarende med det å føre journal. Av Forvaltningsloven § 23 følger eksempelvis at enkeltvedtak skal være skriftlig, hvis det ikke av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt. Videre skal forhåndsvarsel i regelen gis skriftlig, jf. Forvaltningsloven § 16. Et krav til skriftlighet kan også sies å ligge indirekte i partens adgang til å gjøre seg kjent med opplysninger, jf. § 17 tredje avsnitt, og sakens dokumenter, jf. § 18. Videre er skriftlighet gjennomgående en forutsetning for at kommunen skal kunne dokumentere grunnlaget vedtaket bygger på, og i Forvaltningsloven § 11 andre avsnitt er det fastsatt at hvis det ved muntlige forhandlinger, konferanser eller telefonsamtaler blir gitt nye opplysninger eller anførsler av betydning for avgjørelsen av saken av en part, skal de så vidt mulig nedtegnes eller protokolleres, og at det samme gjelder iakttagelser tjenestemannen gjør ved befarung m.m. Av Sosialtjenesteloven § 8-1 følger at Forvaltningsloven gjelder med de særregler som er fastsatt i loven. Også de ulovfestede regler om god forvaltningsskikk må forutsettes å komme til anvendelse.

Det må ut fra dette legges til grunn at personer som yter tjenester i henhold til Sosialtjenestelo-

vens bestemmelser har rettslig plikt til å foreta nedtegnelser av relevante observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger som blir gjort i det løpende tjenesteforholdet. Noe krav om at dette skal skje ved systematiske opptegetninger i en kronologisk journal for den enkelte tjenestemottaker, er det derimot ikke. Kommunens sosialtjeneste er således ikke pålagt plikt til å dokumentere den løpende tjenesteyting, utover den dokumentasjon som må foretas når eventuelle hjelpebehov vurderes og når det fattes vedtak om tildeling, endring eller bortfall av sosiale tjenester.

Det er bare relevante og nødvendige opplysninger om tjenestemottaker og ytelsen som skal dokumenteres. Hva som er relevant og nødvendig, må først og fremst avgjøres ut fra en faglig vurdering, av det personell som yter tjenester. Ved vurderingen må det blant annet ses hen til formålet med dokumentasjonsplikten. Begrepene "relevante og nødvendige" vil i denne sammenheng være de opplysningene som det i den aktuelle undersøkelses-, behandlings- og pleie- og omsorgssituasjon er behov for å ha tilgjengelig for å kunne yte tjenester på forsvarlig måte. Vedtak om tildeling, endring, eller bortfall av tjenester skal inngå i journalen eller dokumenteres på annen måte. Vedtakene utgjør en bestilling til dem som yter tjenester og bidrar til å tydeliggjøre hvilke behov som foreligger, samt hva som er formålet med tjenesten.

Etter § 4 i Pasientjournalforskriften skal virksomhet hvor det ytes helsehjelp opprette pasientjournalssystem. Det er den virksomhetsansvarlige som er pliktsubjektet for dette, og ikke det enkelte helsepersonell. Systemet skal organiseres slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av lov. Pasientjournalforskriften § 4 innebærer en plikt for virksomheten til å ha et system som bidrar til ordnede og systematiske nedtegnelser. Et journalssystem kan ses som ett av flere tiltak for å forebygge overtredelse av lovgivningen. Av Internkontrollforskriften § 4 følger at virksomheten som en del av internkontrollen skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre tiltak for å forebygge lovovertridelser. Internkontroll skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, jf. Internkontrollforskriften § 5. For øvrig setter forsvarlighetskravet i Kommunehelsetjenesteloven § 6-3, siste avsnitt rammebetingelser for virksomhetens dokumentasjon. Tilsvarende gjelder forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven § 4 i forhold til helsepersonell.

Pasientjournaler skal oppbevares slik at de ikke kommer til skade eller blir ødelagt, og at uved-

kommende ikke får adgang til dem, jf. forskriften § 14, og skal oppbevares til det av hensyn til helsehjelpens karakter ikke lenger antas å bli bruk for dem. Det er særlige regler om retting og sletting av journalopplysninger i Helsepersonelloven §§ 42 og 43. Feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn i en journal rettes etter krav fra den opplysningen gjelder, eller av eget tiltak, jf. § 42. Retting kan skje ved at journalen føres på nytt, eller ved at en datert rettelse tilføyes i journalen, men som alminnelig regel ikke ved at opplysninger eller utsagn slettes. Dersom krav om retting avslås, skal kravet om og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen. Avslag på krav om retting kan påklages. Etter krav fra den journalopplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal opplysninger eller utsagn i journalen slettes, dersom dette er ubetenkelig ut fra allmenne hensyn og ikke strider mot bestemmelsene i eller i medhold av Arkivloven §§ 9 eller 18, se Helsepersonelloven § 43. I tillegg må opplysningene være feilaktige eller misvisende og føles belastende for den de gjelder, eller åpenbart ikke være nødvendige for å gi pasienten helsehjelp. Dersom krav om sletting avslås, skal kravet om og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen. Avslag på krav om sletting kan påklages.

I medhold av Pasientrettighetsloven § 5-3 har pasienten rett til å motsette seg utlevering av journal eller opplysninger i journal. Overføring eller utlevering av journal eller opplysninger i journal skal ellers skje i henhold til bestemmelsene i lov om Helsepersonell. Ved skifte av fastlege kan pasienten etter Pasientjournalforskriften § 15 kreve at journalen overføres til den nye fastlegen. Tilsvarende gjelder ved skifte av annet helsepersonell. Journal ved helsestasjon overføres til skolehelsetjenesten når barnet begynner på skolen med mindre den som har foreldreansvaret motsetter seg det. Det samme gjelder dersom barnet bytter skole.

Sosiale tjenester inngår ofte som en del av det samlede hjelpetilbud til pleie- og omsorgstrenge. I de tilfeller hvor det også ytes helsetjenester, og de sosiale tjenester må ses i sammenheng med og har betydning for den helsehjelp som gis, er det anbefalt at også forhold som omfatter de sosiale tjenestene dokumenteres. I slike tilfeller står sosialtjenestens personell i praksis ofte overfor tilfeller hvor det kan være uklart om ytelsen faktisk er en del av et helsetjenestetilbud, og at vedkommende av den grunn er å anse som helsepersonells medhjelper i henhold til Helsepersonelloven § 5.

Der flere yter helsetjenester til samme person, og hvor det kanskje også ytes tjenester fra ulike

profesjonsgrupper, oppstår spørsmålet om hvor de forskjellige tjenesteyterne skal foreta sin dokumentasjon. Pasientjournalforskriften § 4 får betydning også i denne sammenheng. Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten. Hovedregelen om en samlet journal for den enkelte pasient kan fravikes dersom virksomhetens enheter både faglig og organisatorisk klart fremstår som separate del-tjenester.

Flere hensyn tilsier at det som hovedregel opprettes kun én samlet journal for den enkelte pasient som er innlagt i institusjon, eller som mottar kommunale tjenester i eget hjem. Dette vil gjøre tilgjengeligheten av de samlede opplysninger enklere for personell som har behov for dette. Tilgjengeligheten av opplysningene vil også kunne tenkes å bli vanskeligere for uvedkommende. De som er ansatt i samme virksomhet, for eksempel sykehjem eller hjemmesykepleie, forutsettes derfor som hovedregel å foreta journalføringen i samme pasientjournal, jf. Pasientjournalforskriften § 5 første avsnitt.

9.5 Samtykke

9.5.1 Hovedreglene om samtykke

Dersom tjenester etter sosial- og helselovgivningen skal oppfattes som et gode av tjenestemottaker, er det en selvsagt forutsetning at vedkommende ønsker, eller som et minimum aksepterer, den aktuelle tjenesten. Selv om tjenesten utøves i beste mening og objektivt sett er til beste for mottakeren, kan det oppleves som en fysisk eller psykisk krenkelse å bli utsatt for et fysisk inngrep eller tatt hånd om eller behandlet uten at ens egen vilje får komme til uttrykk eller respekteres. Et gyldig samtykke vil normalt være et vilkår ikke bare for at en fysisk eller psykisk integritetskrenkelse ikke er rettsstridig, men også for at den er rettmessig i forhold til sosial- og helselovgivningen og grunnleggende prinsipper som denne bygger på. I tillegg betraktes enkelte handlinger som så stridende mot alminnelige moralnormer at heller ikke et samtykke kan frata handlingen dens rettsstridige karakter. Samtykke til alvorlige legemsskader som ikke er nødvendige følger av medisinsk indisert behandling, for eksempel amputasjon av kroppsdeler, gjør således ikke handlingen rettmessig.

Den kommunale sosial- og helselovgivning favner over mange forskjelligartede tjenester hvor frivillighet og samtykke er vesentlige problemstillinger.

ger. At det er forskjell på å samtykke til et medisinsk inngrep, til å motta sosiale tjenester, og til behandling av personopplysninger, gjenspeiles til en viss grad i at disse spørsmålene er regulert i forskjellige lover. Hovedinnholdet i kravet om samtykke er imidlertid relativt ensartet, med enkelte nyanser av ulik vekt avhengig av situasjonen. Kravet til samtykkets klarhet er proporsjonalt med tiltakets inngripende karakter, enten det er fysisk eller psykisk.

Utgangspunktet er at alle, også de med redusert kompetanse, i en eller annen form skal samtykke til ytelser etter sosial- og helselovgivningen. For at samtykket skal være gyldig, må det oppfylle kravet til gyldig viljeserklæring. I dette ligger at samtykket må gis under omstendigheter som sikrer moden overveielse, og basert på god kunnskap om og adekvat forståelse av egen situasjon og det aktuelle tiltaket. Frivillighet og oversikt over konsekvensene inngår som viktige elementer i vurderingen av samtykkets gyldighet.

”Samtykket skal ideelt sett uttrykke personens eget, overveide og frivillige valg med hensyn til behandling eller andre tiltak.” (Sinding Aasen 2000, s. 225)

Dette stiller relativt store krav til tjenesteyterne, som må sørge for å tilpasse situasjonen og informasjonen som skal gis, og vurdere om samtykket tilfredsstillende kravene for å bli ansett som gyldig.

Undertiden er det spesielle krav til samtykkets form, for eksempel at det skal være skriftlig. Samtykket kan når som helst, helt eller delvis, trekkes tilbake.

Begrepet samtykke i juridiske sammenhenger brukes oftest for å betegne et rettsgrunnlag, at en handling er basert på et dispositivt utsagn forankret i den samtykkendes autonome kompetanse. I denne betydning er samtykket en *tillatelse* som gir en eller flere andre rett til å utføre handlinger som uten slikt samtykke ville vært rettsstridige. Men ”samtykke” brukes også som en betegnelse på et bestemt krav til saksbehandlingen før en beslutning om å foreta en handling treffes, at man *har søkt å innhente* samtykke fra den tjenestehandlingen angår, ikke fordi samtykke er et rettslig vilkår for at handlingen skal være rettmessig, men fordi frivillighet og medvirkning alltid skal tilstrebnes hvor dette er mulig.

Hvis samtykke ikke oppnås, kan det få følger for handlingens rettmessighet. Men det kan også tenkes at handlingen er rettmessig selv om samtykke ikke foreligger. Rettsreglene som omtaler samtykke innenfor sosial- og helsetjenesten gjør det ikke alltid klart om det siktes til kompetansen

eller saksbehandlingen. Ofte dekker uttrykket begge betydninger (Halvorsen 1998 s 21).

Hovedregelen om samtykke til helsehjelp er nedfelt i Pasientrettighetsloven § 4-1, hvor det fastslås at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Når det gjelder krav til samtykkets form, følger det av Pasientrettighetsloven § 4-2 at samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig ”er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen”.

Krav om samtykke er hovedregelen ved behandling av personopplysninger, og er definert i Personopplysningsloven § 2 nr. 7 som en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den registrerte om at han eller hun godtar behandling av opplysninger om seg selv. Tilsvarende definisjon er gitt i Helseregisterloven § 2 nr. 11. Definisjonen er basert på EUs personvern direktiv (95/46/EF) artikkel 2 bokstav h. Samtykke er også omhandlet i Biobankloven § 12, som gjelder samtykke til lagring av biologisk materiale i forskningsbiobanker. Det følger av denne bestemmelsen at med mindre det foreligger særskilt lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag, krever innsamling, oppbevaring og behandling av humant biologisk materiale til forskningsformål et frivillig, uttrykkelig og informert samtykke fra giveren. Samtykket skal kunne dokumenteres og være basert på informasjon om formål, metode, risiko, ubehag, konsekvenser og annet av betydning for samtykkets gyldighet. Kravene til informasjon og spesifisering må ellers avgjøres etter en vurdering av risikofaktorer, materialets sensitivitet, forsøkspersonenes sårbarhet og lignende.

Felles for disse kravene om samtykke er at de ikke gjelder tjenestene direkte, men behandling av opplysninger om vedkommende og deltagelse i forskningsprosjekt. Innholdsmessig uttrykker de mer generelle prinsipper for samtykke, og har således en betydelig overføringsverdi til andre områder.

I forhold til personvernlovgivningen gjelder samtykkekravet for behandling av personopplysninger, og det må særlig legges vekt på å klargjøre spredningen av opplysningene. Dette innebærer at de kommunale etater har ansvar for å synliggjøre blant annet hva opplysningene skal brukes til, hvilke opplysninger det vil være aktuelt å videreformidle, og hvem de eventuelt skal videreformid-

les til. Et samtykke opphever bare taushetsplikten så langt det er ment å rekke, både med hensyn til hvilke opplysninger som kan videreformidles, og når det gjelder til hvem de kan formidles.

Kravet til informasjon til den som må gi samtykke er mer eller mindre strengt avhengig av hva det er spørsmål om å samtykke til og de faktiske omstendigheter ellers. Det foreligger ikke én standard med et klart avgrenset, presist og entydig innhold. Benevnelsen "informert samtykke" har fått stor utbredelse på bekostning av benevnelsen lovlig eller gyldig samtykke. Halvorsen (Halvorsen 1998) uttaler at poenget med uttrykket er å få klart frem at pasienten må ha mottatt tilstrekkelig informasjon til at han kan vite hva han samtykker til. For øvrig gir hun uttrykk for at begrepet er en uheldig konstruksjon. Samme oppfatning kommer til uttrykk i Sinding Aasen 2000 (s. 51):

"Kravet "informert samtykke" – betyr med andre ord bare at pasienten ut fra sine forutsetninger skal ha en nærmere bestemt forståelse av og innsikt i inngrepets art og konsekvenser. Det kreves ikke at forståelsen og innsikten skal overskride det en normalt utrustet person vil kunne tilegne seg i en tilsvarende situasjon. Men det kreves altså noe mer enn at pasienten bare har fått en viss type og mengde informasjon."

Samtykke kan systematiseres på flere måter. Det trekkes tradisjonelt et hovedskille mellom passivitet og aktivitet med hensyn til hvordan samtykket fremkommer. Passivt samtykke som rettsgrunnlag innebærer at den det gjelder inkluderer seg, eller det foreligger forhold som tilsier at vedkommende ikke ønsker ytelsen. Krav om aktivt samtykke har motsatt utgangspunkt og forutsetter i større grad et åpent formet spørsmål som må besvares positivt før vedkommende kan inkluderes. Stiltiende samtykke er primært en form for passivt samtykke, som i stor grad har vært akseptert og etter gjeldende rett er tilstrekkelig når det gjelder å motta ordinær sosial- og helsehjelp. Det er også viktig å se på hvem som avgir samtykket, hvor hovedskillet går mellom selvstendige og stedfortredende samtykker. Disse kan igjen være aktive eller passive, se nedenfor.

Kravet til samtykke varierer i styrke, avhengig av hvilke regler det utledes fra og de konkrete omstendighetene. Hva som aksepteres som et gyldig samtykke vil derfor måtte tas stilling til med utgangspunkt i en totalvurdering av situasjonen.

Av momenter som tillegges vekt, kan nevnes tidsaspektet, graden av integritetsinngrep, og den direkte nytte vedkommende vil ha av tjenesten.

For at et samtykke skal være gyldig, må det være samsvar mellom det avgitte samtykket og de faktiske handlinger som samtykket skal gjelde. Andre typer tjenester eller bruk av opplysninger til andre formål enn det som ble opplyst da samtykket ble gitt, forutsetter som klar hovedregel et nytt og aktivt samtykke. Dette følger eksempelvis av Biobankloven § 13, hvor hovedregelen er at hvis bruken ikke omfattes av det opprinnelige samtykket, skal nytt samtykke innhentes. Hvor store krav det må stilles til hvordan samtykket kommer til uttrykk og hvor presist og spesifisert dette må være, vil variere. I definisjonene til Personopplysningsloven og Helseregisterloven kommer kravet til uttrykk i at samtykket må være uttrykkelig. Samtykket må tolkes på linje med andre dispositive utsagn, og hvor nøyaktig de faktiske handlinger må beskrives for at samtykket skal anses å dekke bestemte tiltak, må vurderes ut fra en helhetlig vurdering av den samtykkendes formodede intensjoner i den aktuelle situasjon. Samtykket må også tolkes med hensyn til hva som var formålet. Kravet om at vedkommende skal vite hva han eller hun samtykker til, innebærer at det ikke er tilstrekkelig å samtykke til at opplysninger stilles til rådighet for bruk av "kommunale sosial- og helsetjenester", hvis det ikke må legges til grunn at den samtykkende har en rimelig klar og bevisst oppfatning av hva dette vil kunne innebære

Enhver har på et hvilket som helst tidspunkt anledning til å trekke et avgitt samtykke tilbake. Trekker en pasient samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

Uavhengig av rettslige krav til samtykke er det et poeng at tjenestemottakers opplevelse av tillit og tilfredshet og dermed sannsynligheten for at behandlingen eller tjenestetilbudet skal ha et vellykket resultat, antas å være høyere når vedkommende er innforstått med valg og de konsekvenser valget har, samt med hvilke alternativer som foreligger. Det kan tenkes å oppstå motsetninger mellom tjenestemottakers ønsker og det å utnytte sosial- og helsetjenestens ressurser på en effektiv måte, både i forhold til tjenestemottakeren selv, og i forhold til andre som har behov for tjenester. Men også her er det vesentlig at de beslutninger som tas om tjenestetilbudet, skjer i full åpenhet overfor tjenestemottaker, med mulighet for denne til å ytre seg og prøve å påvirke beslutningen.

9.5.2 Samtykkekompetanse

Ikke alle mennesker vil være i stand til å oppfylle kravene til å avgi et gyldig samtykke, slik disse er definert ovenfor. Det er ganske åpenbart at et krav om gyldig samtykke ikke kan gjelde for alle, uavhengig av alder og mental tilstand. Samtidig er det viktig at ikke slike krav til samtykkekompetanse brukes til å umyndiggjøre tjenestemottakere fullstendig, også i saker hvor de kan ha en begrunnet mening om hva de vil akseptere. Dette gjelder enten man legger samtykkekompetansen til pårørende eller verge, eller om man ganske enkelt overlater til tjenesteyter å treffe beslutningen om hva som skal gjøres.

Rettslig handleevne er som et utgangspunkt knyttet til myndighetsalder og mental habilitet. Vergemålsloven § 2 oppstiller prinsippet om at den som er umyndig ikke selv kan råde over sine midler eller binde seg ved rettshandel, med mindre annet særlig er bestemt. Med umyndige er ment mindreårige og umyndiggjorte. Mindreårig er den som ikke har fylt 18 år, jf. § 1. Denne aldersgrensen gjelder imidlertid i praksis bare ved ulike typer formuesrettslige disposisjoner.

For samtykke til helsehjelp fastsetter Pasientrettighetsloven § 4-3 første avsnitt bokstav b 16 år som aldersgrense. Samme aldersgrense gjelder etter Psykisk helsevernloven § 2-1 første avsnitt ved samtykke til frivillig psykisk helsevern. Bestemmelsene om samtykke til helsehjelp i Pasientrettighetsloven gjelder også i forskningsøyemed og ellers til avgivelse av helseopplysninger og biologisk materiale etter Helseregisterloven § 5 og Biobankloven § 12.

Noe tilsvarende regelsett om samtykkekompetanse har vi ikke på sosialtjenestens område. Av Barneloven § 31 følger at foreldrene etter hvert som barnet utvikles og modnes skal høre hva barnet har å si og legge vekt på det barnet mener. Når barnet er fylt 7 år skal det få si sin mening før det tas beslutninger om personlige forhold for barnet, og når det er fylt 12 år skal det legges stor vekt på hva barnet mener. Når det gjelder barnets selvråderett følger det av § 33 at foreldrene skal gi barnet stadig større selvråderett med alderen og fram til det er myndig. De mindreåriges syn skal tillegges vekt i samsvar med deres alder og modenhet.

Tilsvarende regler om mindreåriges rett til å medvirke når det treffes beslutninger som angår dem, finner vi i Forvaltningsloven, se § 16 første avsnitt andre setning (forhåndsvarsel til mindreårig som har fylt 15 år) § 17 første avsnitt andre setning (pålegger forvaltningsorganet å påse at eventuelle mindreårige parter har fått mulighet til å gi

uttrykk for sitt syn, i den grad de er i stand til å danne seg egne synspunkter på det saken gjelder), § 17 siste avsnitt (plikt til å forelegge nye opplysninger av betydning for mindreårig som har fylt 15 år), § 18 første avsnitt andre og tredje setning (rett til dokumentinnsyn for mindreårig som har fylt 15, hvis ikke opplysningene er taushetsbelagte), og § 27 første avsnitt andre setning (underretning om vedtak til mindreårig som har fylt 15 år).

Ingen av disse bestemmelsene gir imidlertid den mindreårige en selvstendig samtykkekompetanse utenfor helserettens område.

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (reduisert kompetanse). Tjenesteyter må vurdere om tjenestemottaker mangler kompetanse til å samtykke, og ut fra vedkommendes alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at tjenestemottaker selv kan samtykke til helsehjelp. Dette er fastlått for helsetjenestens vedkommende i Pasientrettighetsloven § 3-5, men gjelder tilsvarende for andre saksområder.

Situasjoner hvor vedkommende ikke har samtykkekompetanse er omhandlet i Pasientrettighetsloven §§ 4-4 til 4-8. Reglene om dette i Pasientrettighetsloven er en blanding av kompetanse- og saksbehandlingsregler. Hovedregelen er at pasienter eldre enn 16 år selv bestemmer i helseforhold. Der pasienten ikke er mentalt habil, og altså ikke selv har samtykkekompetanse, legges kompetansen til andre.

Foreldre (eller andre med foreldreansvar) kan i en viss utstrekning samtykke til helsehjelp på vegne av mindreårige. Samtykke på vegne av barn er regulert i Pasientrettighetsloven § 4-4, hvorav det følger at foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter Barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp. Etter hvert som barnet utvikles og modnes skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet høre hva barnet har å si før samtykke gis. Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse, men også yngre barn kan høres. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.

Samtykke til helsehjelp på vegne av myndige som ikke har samtykkekompetanse, er regulert i Pasientrettighetsloven § 4-6. Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den

som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. Etter andre avsnitt kan pasientens nærmeste pårørende samtykke til helsehjelp som ikke er omfattet av første avsnitt, altså mer inngripende behandlingstiltak. I tillegg kan slik annen helsehjelp gis hvis det anses å være i pasientens interesser, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Det kan – og bør – da innhentes informasjon fra pasientens pårørende for å avgjøre hva pasienten ville ønsket. Dette er en særlig kategori stedfortredende samtykke, ved at det er hypotetisk. Den som samtykker må gjøre det ut fra en hypotese om hva som er (eller var) vedkommendes vilje

Helsehjelp til pasient uten samtykkekompetanse kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, se § 4-6 tredje avsnitt.

Samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse, er omtalt i Pasientrettighetsloven § 4-5, og gir foreldrene eller andre med foreldreansvaret rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse.

Pasient som er umyndiggjort i henhold til Vergeomsloven skal i så stor utstrekning som mulig selv samtykke til helsehjelp. Dersom dette ikke er mulig, kan vergen samtykke på vegne av den umyndiggjorte, jf. Pasientrettighetsloven § 4-7.

Når det gjelder pasienter uten samtykkekompetanse og uten nærmeste pårørende, kan den som yter helsehjelp, i samråd med annet kvalifisert helsepersonell, samtykke til helsehjelp, se Pasientrettighetsloven § 4-8.

Pasientrettighetslovens regler reiser flere problemer. Regelen om de pårørendes samtykke kan ved første lesning oppfattes som en kompetanseregel, men gode grunner kan tale for å oppfatte den som en regel om saksbehandlingen. Regelen må tolkes innskrenkende fordi det ligger utenfor de pårørendes kompetanse å avslå nødvendig, medisinsk indisert helsehjelp på pasientens vegne hvis det ikke foreligger sikker informasjon om hva pasienten selv ville ha ønsket. Den kompetanse man som pasient har til å nekte enhver hjelp, blir ikke overført til de pårørende hvis pasienten ikke er mentalt habil. På samme måte må det legges til grunn at foreldre ikke kan nekte barn å motta livsnødvendig helsehjelp. Hvis de gjør det, skal barneverntjenesten sørge for at barnet får behandling. Det betyr altså at de pårørendes rolle er innskrenket til å akseptere nødvendig behandling. Deres samtykke får ingen rettslige konsekvenser. Hvis pasienten senere skulle klage over at behandlin-

gen er gitt, eller over at den var mangelfull, feilaktig, uforsvarlig eller annet, skal klagen rettes mot helsepersonellet, ikke mot de pårørende. På samme måte vil pårørendes nektelse av helsehjelp ikke være bindende. Det er den faglig ansvarlige, som regel behandlende lege, som må avgjøre om behandling skal unnlates.

Som saksbehandlingsregel har bestemmelsen om de pårørendes samtykke en viss betydning. Ved valg mellom alternative behandlingsmetoder, eller ved valg av om behandling skal gis eller unnlates, der det er like tungtveiende medisinske grunner for begge muligheter, er de pårørendes oppfatning om hva som ville vært pasientens vilje en viktig premiss for avgjørelsen. Som nevnt behandles verger og hjelpeverger på linje med pårørende i Pasientrettighetslovens samtykkeregler. Verger og hjelpeverger har sjelden slikt personlig kjennskap til pasienten som kreves for å kunne utsi noe om vedkommendes preferanser. Hvis de likevel skulle ha slikt personlig kjennskap, er det mer treffende å vurdere dem på linje med pårørende.

Relasjonen mellom tjenestemottaker og sosial- og helsetjenesten skal, ideelt sett, være basert på frivillighet fra tjenestemottakers side. Frivilligheten viser seg ved at tjenestemottakeren utøver en form for privatrettslig eller autonom kompetanse gjennom å gi eller nekte samtykke. Problemer knyttet til samtykke oppstår først og fremst i de tilfeller der tjenestemottakeren er helt eller delvis ute av stand til å avgi gyldig samtykke. Hvis tjenestemottakeren ikke selv kan utøve samtykkekompetansen, må rettsgrunnlaget bringes i orden på annen måte.

Som tidligere nevnt er det et asymmetrisk forhold mellom den som yter tjenester og den som mottar, hvor mottakeren ofte er i et avhengighetsforhold til hjelpeapparatet og tjenesteyteren. Sinding Aasen uttrykker dette som at det er en distanse mellom partene, og at denne distansen beror på at partene nettopp ikke er likeverdige i faktisk og/eller juridisk forstand:

”... sosialhjelpkuratoren eller sosionomen har myndighet til å innvilge økonomisk hjelp til en klient som i ydmykhet ber om slik hjelp, mens kirurgen opererer en pasient hvis helse eller liv står på spill”
(Sinding Aasen 2000, s. 161).

Det er hjelpeapparatet som definerer behovet for hjelp, som tildeler og som gir hjelpen. Tjenestemottakeren kan likevel medvirke med både positive og negative reaksjoner, samtidig som en del kan benytte seg av støttepersoner med kunnskap

om og innvirkning i systemet. Men det kan i mange tilfeller reises spørsmål ved hvor frivillig medvirkningen egentlig er. Særlig gjelder dette i andrelinjetjenesten og institusjoner med heldøgns omsorg.

9.6 Rett til informasjon

Rett til informasjon om forhold som angår en selv, er et sentralt element for ivaretagelse av autonomi og integritet. Også hensynet til tjenestemottakerens kontradiksjonsmuligheter tilsier at vedkommende skal ha adgang til opplysninger om egen situasjon og om den hjelp som ytes. Informasjon kan være av stor betydning for en tjenestemottakers mulighet for å planlegge sitt liv og for å forutberegne sin rettsstilling. Dette er et viktig element i rettssikkerhetsidealet. Informasjon er som ovenfor nevnt også et sentralt element i samtykkekravet og den enkeltes personvern.

Riktig og tilstrekkelig informasjon, gitt på rett tidspunkt, fremmer god behandling. Pasienter har etter Pasientrettighetsloven § 3-2 rett til å få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. De skal også få informasjon om mulig risiko og bivirkninger. Retten etter Pasientrettighetsloven er avgrenset til informasjon om vedkommendes helsetilstand og helsehjelp, annen informasjon som for eksempel sosial- og trygderettigheter omfattes ikke. Regelen om journalinnsyn sikrer pasienten tilgang til en svært viktig informasjonskilde om seg og sin tilstand.

For brukere av sosiale tjenester er retten til informasjon kommet til uttrykk i Sosialtjenesteloven § 4-1, den alminnelige veiledningsplikten som følger av Forvaltningsloven § 11, og bestemmelsene om forhåndsvarsel etter samme lovs § 16 og om rett til partsinnsyn i § 18. For øvrig følger en rett til innsyn og informasjonsplikt av Personopplysningsloven § 18 flg. Når det samles inn opplysninger, skal den behandlingsansvarlige for personopplysningene av eget tiltak blant annet informere om formålet med innsamlingen, om opplysningene vil bli utlevert, og eventuelt om hvem som er mottaker. Også når det innhentes eller formidles opplysninger fra andre enn tjenestemottakeren, er aktiv informasjonsplikt utgangspunktet. Tjenestemottakeren har imidlertid ikke krav på informasjon når det samles inn opplysninger fra andre og innsamlingen eller formidlingen uttrykkelig er fastsatt i lov, jf. Personopplysningsloven § 20, 2. avsnitt bokstav a.

Rett til informasjon er begrunnet i flere hensyn. Informasjon kan være et effektivt virkemiddel for

at tjenestemottakeren skal kunne ivareta egne interesser og således sikre sine behov, både i forhold til behandling og i andre sammenhenger. Informasjon er også en forutsetning for at tjenestemottaker kan samtykke, og nødvendig for å kunne medvirke på en effektiv måte. Informasjon om hva tjenestemottaker med rette kan forvente av tjenesten er også viktig for å skape tillit og tilfredshet med ytelsene, og således forebygge utrygghet og frustrasjon. For øvrig kan informasjon tenkes å være egnet til å begrense klager og erstatningssaker ved at tjenestemottakeren ser at det ikke er grunnlag for dette. Det skal, slik situasjonen også er for samtykke, tas høyde for at det kan innebære særskilte problemer i forhold til grupper med nedsett evne til å forstå informasjon, for eksempel på grunn av sinnstilstand eller alder.

Retten til informasjon er en grunnleggende rettighet, og det skal det mye til for å unnta informasjon fra tjenestemottakers kunnskap. Tjenestemottakeren skal som alminnelig utgangspunkt få informasjonen automatisk og uten å be om det. Informasjon må være tilstrekkelig og tilpasset den enkeltes forutsetninger for at tjenestemottaker kan samtykke i forslag og medvirke ved valg av ytelse, blant annet behandlings- eller pleieform, der det er mer enn ett alternativ. Informasjonsbehovet går imidlertid i enkelte tilfeller lenger enn dette. Tjenestemottaker kan for eksempel ha behov for informasjon av hensyn til å kunne planlegge sitt fremtidige liv.

Det kan i særlige tilfeller tenkes situasjoner der tjenestemottakeren ikke bør få visse typer informasjon, se Pasientrettighetsloven § 3-2. Opplysninger om enkelte sykdommer kan være en så stor psykisk belastning at det bør vurderes om hensynet til pasienten selv tilsier at opplysningene holdes tilbake. Andre unntakstilfeller kan være at opplysningene kan skade tjenestemottakers forhold til nærstående. Videre følger det av § 3-2 tredje avsnitt at informasjon bare kan unnlates når det foreligger en nødrettssituasjon, enten ved fare for pasienten selv eller av hensyn til de nære omgivelsene. Unntakene fra retten til informasjon er knyttet til de samme vilkår og er basert på de samme hensyn som unntakene fra retten til innsyn i pasientjournal i § 5-1.

I saker etter Sosialtjenesteloven har tjenestemottakeren rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, så langt det ikke er gjort unntak i lov, jf. Forvaltningsloven § 18. Et slikt unntak følger av Forvaltningsloven § 19 første avsnitt bokstav c og andre avsnitt. Tjenestemottakeren har ikke krav på å få gjøre seg kjent med opplysningene dersom det av hensyn til vedkommendes helse eller forhold til

personer som står ham nær, må anses utilrådelig at han får kjennskap til opplysningene. Likevel kan opplysningene på anmodning gjøres kjent for en representant for parten når ikke særlige grunner taler mot det. Med mindre det er av vesentlig betydning for en part, har han heller ikke krav på å få gjøre seg kjent med de opplysninger i et dokument som gjelder en annen persons helseforhold eller andre forhold som av særlige grunner ikke bør meddeles videre.

I tilfeller hvor det kan være aktuelt å unnta informasjon fra tjenestemottakere, bør det også tas i betraktning at det kan være en stor psykisk belastning for vedkommende å vite at det foreligger opplysninger han eller hun ikke får innsyn i.

Informasjon skal gis på en hensynsfull måte og være tilpasset tjenestemottakerens individuelle forutsetninger, se Pasientrettighetsloven § 3-5. For pasienter følger dette også av kravet om forsvarlig legevirkosomhet og må være en naturlig følge av kravet om at pasientens samtykke til behandling skal bygge på tilstrekkelig informasjon. For sosialtjenesten må samme krav følge av kravet til god forvaltningsskikk og grunnleggende etiske krav.

Det er viktig å finne en hensiktsmessig og forståelig form på den informasjonen som gis. Det kan være en utfordring å oppnå et slikt tillitsforhold at tjenestemottaker stoler på den informasjonen som blir gitt. I denne sammenheng er en åpen prosess med informasjon og medvirkning i fokus et sentralt element. En slik prosess er en forutsetning for å opprette det nødvendige tillitsforholdet mellom på den ene siden tjenestemottakere og på den andre siden beslutningstakere og tjenesteytere.

Krav om å ta hensyn til tjenestemottakerens forutsetninger innebærer at det skal legges vekt på blant annet alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Informasjon kan ikke utelates til personer som har ulike funksjonshemninger, for eksempel døve, fordi det er tungvint eller krevende å gi dem informasjon. Helsepersonell må sikre at nødvendig informasjon gis skriftlig til slike tjenestemottakere eller på eget språk (døvespråk) eventuelt gjennom tolk. Tilsvarende må informasjon til blinde gis muntlig eller i blindeskrift.

9.7 Utvalgets vurdering

Utvalget oppfatter medvirkning og samtykke fra tjenestemottaker som sentrale verdier og målsetninger for sosial- og helsetjenestene, og som grunnleggende krav til samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottakere, se utkastets §§ 1-4 og

1-5. I utkastet presiseres det at tjenestetilbudet skal bygge på medvirkning og samtykke fra tjenestemottaker. Ettersom en relativt stor andel tjenestemottakere ikke selv er i stand til å avgi et reelt samtykke, er det også presisert at tjenestetilbudet kan baseres på annet rettsgrunnlag.

I et samhandlingsperspektiv er det også viktig at tjenesteyterne har like regler når det gjelder dokumentasjon av handlinger og vurderinger. Journalnotater utgjør i dag et viktig element i kommunikasjonen mellom helsepersonell. Ønsker man å legge til rette for økt kommunikasjon på tvers av yrkesgrupper, krever dette i stor grad at dokumentasjonsgrunnlaget er utformet etter et noenlunde likeartet regelsett.

Når det gjelder kravet til kartlegging av tjenestemottakers behov for tjenester, finner utvalget ikke behov for særskilt samordning av regelverket. Forvaltningslovens krav om at forvaltningsorganet skal påse på saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes (§ 17) og Helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet (§ 4), utfyller hverandre og gir uttrykk for en fleksibilitet som ivaretar dette behovet på en tilfredsstillende måte. Kunnskap om tjenestemottakerens behov er en forutsetning for at tjenestetilbudet og vurderingene som ligger til grunn for dette, kan fremstå som faglig forvarlig. Utvalget ønsker i denne sammenheng å understreke at utkastets krav om forsvarlighet ligger til grunn for *alle* ytelser etter utkastet. Utvalget foreslår imidlertid en egen bestemmelse om innhenting av opplysninger, se forslaget § 4-3.

Medvirkning er nær knyttet til frivillighet. Utvalget mener det er viktig å videreføre og styrke prinsippet om tjenestemottakers medvirkning, og at det skal legges stor vekt på hva vedkommende mener. Medvirkning kan i seg selv ha en forebyggende helse- og trivselseffekt. Det er imidlertid ikke akseptabelt dersom tjenesteyter benytter seg av medvirkning på en måte som i realiteten innebærer en fraskrivelse av sitt faglige ansvar for de beslutningene som tas i forbindelse med tjenesten. Faglige vurderinger og beslutninger skal alltid foretas av faglig kompetente personer. Bare ved alternative faglig forsvarlige og totalt sett likeverdige løsninger, kan en relativt stor grad av positiv medbestemmelse overlates til tjenestemottaker. Dette er et prinsipp som også kommer til uttrykk i Pasientrettighetsloven § 3-1, ved at pasienten har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Prinsippet innebærer imidlertid ikke at pasienten har rett til å velge hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig. Men

pasienten har alltid den mulighet at hun eller han kan avslå det behandlingstilbudet som helsetjenesten er villig til å gi.

Medvirkning i form av et visst engasjement fra tjenestemottaker i forhold til egen situasjon, må kunne forventes i de fleste situasjoner. I enkelte tilfeller må også krav om medvirkning kunne stilles som vilkår for ytelser. Medvirkning kan i mange sammenhenger også være klagjørende i forhold til hva som er tjenestemottakers ansvar.

Sosialtjenesteloven har ingen bestemmelse om plikt til å dokumentere den løpende tjenesteytelse som direkte korresponderer med Helsepersonellovens plikt til å føre pasientjournal. Det må likevel forutsettes at den løpende saksbehandling i sosialtjenesten følger Forvaltningsloven og er i samsvar med god forvaltningsskikk for øvrig. Det forutsetter skriftlighet og rutiner som i stor grad er samsvarende med det å føre journal. Etter utvalgets oppfatning bør det imidlertid stilles samme krav til journalføring for sosialhjelp som for helsehjelp, se utkastet kapittel 8. Felles krav til dokumentasjon må ses i sammenheng med kravet til faglig forsvarlighet, tjenestemottakers rett til innsyn og kommunikasjon på tvers av tjenestenivåer og organer.

Felles regler for dokumentasjon av den løpende tjenesteytingen i den kommunale sosial- og helsetjenesten bør bygge på helselovgivningens regler om dette. Der det av en eller annen grunn ikke er ønskelig med en samlet journal, kan journalen deles i en hovedjournal og en tilleggsjournal. Det må da fremgå av hovedjournalen at det eksisterer en tilleggsjournal og hvilken dokumentasjon den inneholder. Også i tilfeller hvor det bare ytes sosiale tjenester, kan det være formålstjenlig å foreta dokumentasjon av den løpende tjenesteytingen på denne måten. Det gjelder særlig i de tilfeller hvor tiltak og tjenester i henhold til Sosialtjenesteloven er satt inn for å bedre en persons livssituasjon. Løpende dokumentasjon og rapportering til den instans som har fattet vedtak om tildeling av tjenester, gir grunnlag for å vurdere om tiltakene er tilstrekkelige og egnet til å nå målsetningen. Kommunen kan uansett – i kraft av sitt arbeidsgiveransvar - pålegge sine ansatte å dokumentere i samsvar med Helsepersonellovens bestemmelser.

Det er den virksomhetsansvarlige som er pliktsubjektet etter forslaget om dokumentasjonsplikt, ikke den enkelte tjenesteyter. Et journalsystem kan ses som ett av flere tiltak for å forebygge overtreddelse av lovgivningen. For utvalget er det en forutsetning at systemet organiseres slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av lov. For øvrig vil et enhetlig system være et viktig verktøy for kommunikasjon på tvers av organene,

og et grunnlag for å ivareta taushetsplikten på den måten som er beskrevet foran i kapittel 12 og 13.

At det kreves samtykke for å påføre folk integritetskrenkninger, er innlysende. Det er kanskje ikke like innlysende at det skal være nødvendig med samtykke for å yte sosial- og helsetjenester til folk som opplagt trenger hjelp. Prinsippet om respekt for enkeltmenneskets selvbestemmelsesrett har imidlertid en sentral stilling i rettssystemet, også for denne gruppen. Gyldig samtykke er derfor et alminnelig vilkår for å berøre en persons fysiske, psykiske eller rettslige sfære. Foreligger ikke samtykke, må det finnes et annet holdbart rettsgrunnlag. Som regel er det da tale om særskilt lovhjemmel. Hvis rettsgrunnlaget mangler, er handlingen ulovlig. Det kan medføre ansvar i form av straff, erstatning eller ugyldighet. Den som utfører handlingen som berører andre, må derfor påse at rettsgrunnlaget er i orden.

”Baksiden” av prinsippet om samtykke, er retten til å nekte. Som altoverveiende hovedregel har voksne, mentalt habile mennesker full rett til å takke nei til enhver sosial- og helsetjeneste.

Prinsippet om samtykke er som nevnt ovenfor lovfestet for helsetjenestens vedkommende, jf. Pasientrettighetslovens kapittel 4. Prinsippet gjelder også innefor sosialtjenesten, selv om det der kommer mer indirekte til uttrykk. Det stilles som ovenfor nevnt visse krav til samtykke for at det skal anses som gyldig. De viktigste er at samtykket må være avgitt frivillig av en person som er mentalt habil. Tjenestemottakeren må også ha fått tilstrekkelig informasjon. Hva som er tilstrekkelig, varierer etter forholdene for øvrig.

Det er etter utvalgets oppfatning ikke grunn til å ha ulike regler om samtykke for sosial- og helse-tjenester. Selv om oppmerksomheten omkring samtykke i dag er stor, er det nok stadig mennesker som opplever inngrep i sin personlige eller rettslige sfære uten at de er blitt spurt på forhånd. Det er således grunn til å ha klare regler om krav til samtykke. Samtykke skal etter utvalgets oppfatning ha en sterk stilling og være den klare hovedregelen i sosial- og helsetjenesten. Utvalget ønsker også å gi uttrykk for at et for sterkt og ensidig lys på den enkeltes samtykke kan sette andre og viktige prinsipper til side. Dersom regelverket bare er innrettet på selvbestemmelse, innebærer det at alle behandles som løsrevet, frie, like, selvstendige og handlekraftige individer, som er i stand til selv å til egne seg kunnskap og handle rasjonelt på egenhånd. Det er viktig å erkjenne at det eksisterer en ujevnbyrdighet i forholdet, og at ikke alle til enhver tid har de nødvendige forutsetninger til selv å ivareta sine interesser. Samtykke er et ideal og et vik-

tig prinsipp som skal søkes oppfylt, samtidig som rettighetene til dem som ikke selv kan ivareta sine interesser, må sikres. Utvalget mener å ha ivaretatt denne balansegangen gjennom forslagets §§ 1-1 og 1-4 til 1-6.

I utvalgets lovforslag fremkommer klart at samtykkekompetanse ikke anses å foreligge dersom tjenestemottaker på grunn av fysisk eller psykisk funksjonssvikt åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Videre forutsetter prinsippene i forslagets §§ 1-1 og 1-4 at tjenesteyter skal legge forholdene best mulig til rette for at tjenestemottaker ut fra sine forutsetninger skal bli i stand til selv å gi samtykke. Sett hen til lovens virkeområde, og at prinsippet allerede er nedfelt i Pasientrettighetsloven, er det imidlertid naturlig at det aksepteres at samtykke kan gis ikke bare uttrykkelig, men også stilltiende. Stilltiende samtykke innebærer at det ut fra tjenestemottakers adferd og omstendighetene "må legges til grunn at hun eller han godtar tjenestetilbudet". Dette fremtrer som en innstramning i forhold til lovteksten i Pasientrettighetsloven, hvor det er tilstrekkelig at det "er sannsynlig" av pasienten godtaker tjenestetilbudet". Gode grunner taler imidlertid for å forstå "sannsynlig" som "mest sannsynlig", noe som tilsvarende den formulering som nå er foreslått, men som er mindre egnet til å skape misforståelser på dette punkt enn dagens.

Pasientrettighetslovens regler om samtykke som kompetansegrunnlag når pasienten selv mangler samtykkekompetanse, bør etter utvalgets oppfatning omformuleres slik at de ikke gir opphav til misforståelser når det gjelder pårørendes status. Tjenestemottakers rettsikkerhet ivaretas best gjennom regler som plasserer ansvar for faglige avgjørelser hos personell med faglige forutsetninger, slik at forsvarligheten av avgjørelsen kan prøves i ettertid på vanlig måte. Undertiden krever faglig forsvarlighet kunnskap om pasientens

preferanser, og eventuelle pårørende må derfor konsulteres.

Barn eldre enn 16 år behandles i helseretten som voksne, med unntak for dem som ikke er mentalt habile. De blir helserettslig myndige først ved 18 år. Dette bør også gjelde innenfor sosialtjenesten. Ungdommer på 16 kan neppe tvinges til å motta sosial- eller helsetjenester de ikke vil ha, uten at det foreligger særskilt hjemmel. Aldersgrensen på 16 år foreslås derfor videreført som generell norm i utkastets § 1-5, nr. 1. Det er likevel en forutsetning at barn skal informeres og gis anledning til å uttale seg, eventuelt velge mellom alternative tjenester og tiltak, og kunne nekte å motta tjenester med mindre nektelsen vil sette dem i en situasjon som ikke er faglig forsvarlig. Det gis i prinsippet ingen nedre aldersgrense for når barn skal samtykke, men henvisningen til Barnelovens regler innebærer at det skal tas hensyn til barnets alder og modenhet. Barnelovens 12-års regel må ikke tolkes antitetisk, altså slik at barn yngre enn 12 år ikke skal informeres og ikke høres. Regelen innfører plikt til å høre barn eldre enn 12 år, uten hensyn til deres modenhet.

For voksne som ikke selv kan samtykke, må kompetansen til å ta avgjørelser om tjenester ligge hos ansvarlig fagpersonell, så langt mulig i samarbeid med tjenestemottakeren. Nærmeste pårørende skal tas med på råd om tjenester som ikke er bagatellmessige, men de må ikke gjøres ansvarlige for valg som treffes.

Utvalget har bevisst valgt å ikke benytte begrepet "informert samtykke". Uten at det sier noe mer om hva som kreves av et "samtykke", tar uttrykket oppmerksomheten bort fra at det er flere vilkår som må være oppfylt. Tjenestemottakeren kan ha fått all verdens informasjon og forstått den til bunns, men samtykket kan likevel være ugyldig fordi hun eller han ikke er i stand til å forholde seg til denne på en rasjonell måte.

Kapittel 10

Individuell plan

10.1 Innledning

Bestemmelsene om rett til individuell plan etter helselovgivningen trådte i kraft 1. juli 2001 og etter Sosialtjenesteloven 1. januar 2004. Individuelle planer er ment å bidra til at personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester får et mer helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Det er også et mål med individuell plan å styrke tjenestemottakerens selvbestemmelse og innflytelse i kontakten med tjenesteapparatet, bidra til større trygghet og forutsigbarhet, samt sikre at tjenestene er utformet med utgangspunkt i den enkeltes behov. I tillegg til å gi tjenestemottaker en individuell rettighet, er individuell plan også et verktøy for samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer og mellom ulike etater og sektorer. For øvrig kan individuelle planer være egnet til å avklare ansvarsforhold, samordning, koordinering og samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. Videre skal arbeidet med individuell plan styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne og tjenestemottakeren og eventuelle pårørende. Det er et mål at arbeidet med individuell plan skal føre til mer langsiktig og helhetlig tenking i forhold til tjenestemottakere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

10.2 Nærmere om individuell plan – når og med hvilke rettsvirkninger?

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan i samsvar med Pasientrettighetsloven § 2-5 og Sosialtjenesteloven § 4-3a. Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1 inneholder ingen direkte rettighet for den det gjelder, men pålegger virksomhetene etter disse lovene å utarbeide slik plan. Nærmere bestemmelser om individuell plan etter helselovene er gitt i forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen. Foreløpig er det ikke gitt nærmere forskrifter om individuell plan etter Sosialtjenesteloven § 4-3a.

Det er personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester som har rett til individuell plan, samt personer under psykisk helsevern. Dette er tjenestemottakerne som ofte vil ha behov for et samordnet tjenestetilbud fra flere av de instansene som yter sosial- og helsetjenester, men gjerne også fra andre sektorer og forvaltningsnivåer. Blant disse vil det være personer med fysisk funksjonshemming, psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser og rusproblemer. Men også personer som over tid har behov for økonomisk stønad etter Sosialtjenesteloven, kan ha behov for samordning av hjelpetilbud fra andre etater, for eksempel arbeidsmarkedsetaten.

Når det gjelder antall personer som kan ha rett til individuell plan, er det på bakgrunn av erfaringene fra kommunesektoren (høsten 2004) for tidlig å kunne si noe sikkert om omfanget, se nedenfor punkt 11.3. I Ot. prp. nr. 10 (1998-99) om lov om spesialisthelsetjenesten mm. uttalte Sosial- og helsedepartementet følgende om hvor mange individuell plan kunne være aktuelt for i kommunehelsetjenesten:

”Totalt ble det beregnet at det var vel 770 000 personer med funksjonshemming i landet. I 1997 mottok 220 000 personer grunn- eller hjelpestønad fra folketrygden. Selv om disse personene i mange tilfeller har behov for omsorgstjenester, må vi anta at kun et fåtall i denne gruppen har behov for samordnede helsetjenester. Alle vil heller ikke ha stort forbruk av helsetjenester. Dersom det antas at en fjerdedel av disse vil ha behov for langvarige og koordinerte tilbud fra kommunehelsetjenesten, vil en komme opp i et totalt antall planer på rundt 50 000.”

Departementet antok videre at ca. 90 000 pasienter ville være aktuelle for arbeid med individuelle planer i den somatiske helsetjenesten, men disse anslagene er svært usikre.

Etter at bestemmelsene om individuell plan etter helselovgivningen trådte i kraft, er det vedtatt tilsvarende bestemmelse i Sosialtjenesteloven. Det må også legges til grunn at antall mottakere av sosial- og helsetjenester har økt siden departementet foretok sine beregninger. Antall

personer som kan ha behov for individuell plan er nok derfor noen flere, men det er vanskelig å stipulere mer eksakt hvor mange tjenestemottakere individuell plan kan være aktuelt for, også av den grunn at vi ikke vet hvor stor grad av overlapping det vil være mellom de gruppene som er beskrevet ovenfor.

Individuell plan skal være et verktøy for å sikre at de ulike tjenestene samordnes og blir vurdert i en sammenheng. Andre planer, som for eksempel behandlingsplan eller omsorgsplan, skal samordnes og tilpasses den overordnede individuelle planen, slik at tjenestemottakeren og tjenesteyteren har én plan å forholde seg til.

Medvirkning og frivillighet fra tjenestemottakerens side fremheves i lovforarbeidene som sentralt ved utarbeidelse av individuelle planer. Sosialtjenesteloven § 4-3a henviser til den generelle regelen i samme lov § 8-4 om sosialtjenestens plikt til å rådføre seg med klienten. Dette følger tilsvarende for helsetjenesten etter Pasientrettighetsloven § 3-1. Hjelpeapparatet skal legge til rette for brukermedvirkning i hele planprosessen. Det skal legges spesiell vekt på å få fram tjenestemottakerens egne mål for fremtiden. I mange tilfelle har pårørende en sentral rolle. Ved utarbeidelse av planen bør det derfor også tas hensyn til pårørendes situasjon og behov, og det vil ofte være naturlig at disse trekkes inn i arbeidet.

Tre instanser er pålagt å utarbeide individuelle planer etter sosial- og helselovgivningen. Dette er (den kommunale) sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og helseforetakene, herunder institusjoner innenfor det psykiske helsevernet. Utarbeidelse av planer forutsetter at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider, men også at helsetjenesten samarbeider med sosialtjenesten der det er nødvendig. Sosialtjenesteloven § 4-3a pålegger kommunens sosialtjenesteplikt til å samarbeide med andre tjenesteytere om planen, mens dette for helsetjenestens del bare uttrykkelig er bestemt for spesialisthelsetjenesten, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Det fremstår som noe uklart om plikten til samarbeid rekker lengre enn til samarbeid med andre tjenesteytere innenfor helsetjenesten, men prinsippet må i alle fall antas å gjelde generelt for helsetjenestene. I dette ligger ikke bare en samarbeidsplikt, men også en forutsetning om at det skal utarbeides en felles individuell plan som dekker tjenester etter alle de fire lovene hvor det er aktuelt.

Retten til individuell plan er regulert forskjellig i Sosialtjenesteloven og helsetjenestelovene. I helselovgivningen er individuell plan en rettighetsbestemmelse for tjenestemottakeren i Pasientrettig-

hetsloven, mens den øvrige lovgivningen pålegger helsetjenesten en plikt til å utarbeide individuell plan for den enkelte uavhengig om det er satt fram krav om dette. Bestemmelsen i Sosialtjenesteloven er utformet som en rettighet for tjenestemottakeren, men det foreligger ikke en eksplisitt bestemmelse som pålegger sosialtjenesten en plikt til å utforme en slik plan. Det forutsettes imidlertid at når tjenestemottaker har en rett til å få individuell plan, utløser dette en korresponderende plikt for tjenesteyter til å utarbeide en slik plan. For øvrig har offentlig forvaltning en generell informasjonsplikt om tjenestemottakers rettigheter. Det er lagt til grunn at rettigheten, sammen med den veiledningsplikt som følger av Sosialtjenesteloven § 4-1, sikrer tjenestemottaker på en tilfredsstillende måte. Formelt sett er reguleringen i de ulike lovene forskjellige, men det reelle innholdet er i hovedsak likt.

Bestemmelsene gir tjenestemottakeren rett til å få utarbeidet en plan, men ingen rett med hensyn til selve innholdet i planen. Rettighetsbestemmelsene gir altså ikke tjenestemottakeren større rett til tjenester enn det som følger av det øvrige regelverk. Det sentrale er å legge til rette for et mer planmessig og koordinert opplegg for personer med langvarige og sammensatte hjelpebehov. På den måten skal tjenestemottaker sikres et tilbud som i større grad enn tidligere er basert på helhetstenkning og tilpasset den enkeltes behov. En individuell plan er ment å gi større forutsigbarhet for tjenestemottaker.

Den individuelle planen skal beskrive gjennomføringen av tjenestene og det nødvendige samarbeidet med andre sosial- og helsetjenester. Det skal foretas nødvendige revisjoner av planen. De tjenester som er nevnt ovenfor, plikter å medvirke til planleggingen. Behovet for tjenester den enkelte har, og hvordan disse behovene skal dekkes, skal konkretiseres. Planen skal redegjøre for personens interesser og mål, og hva vedkommende selv mener er et godt hjelpetilbud. Den planen gjelder, skal ha en sentral rolle i dette arbeidet. Sektorvise planer som for eksempel individuell opplæringsplan, omsorgs- eller behandlingsplan skal samordnes og tilpasses den overordnede individuelle planen.

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen angir hva en individuell plan skal inneholde. Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient, men skal etter § 6 inneholde følgende hovedpunkter:

- en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester,

- en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- en oversikt over hva pasienten, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelle pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- pasientens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

Helsetilsynet i fylket er klageinstans dersom det innen rimelig tid ikke er utarbeidet en individuell plan etter helselovgivningen jf. Pasientrettighetsloven § 7-2. Det er ikke tilsvarende klagerett etter Sosialtjenesteloven. Dersom en tjenestemottaker mener at vedkommende bør få utarbeidet en slik plan, kan det tas opp med tilsynsmyndigheten. Det er fylkesmannen som fører tilsyn med tjenester etter Sosialtjenesteloven kapittel 4.

10.3 Erfaringer med individuell plan i kommunehelsetjenesten

Det foreligger lite materiale som kan si noe sikkert om hvordan lovgivningen om individuelle planer fungerer. Statens Kunnskaps- og Utviklingssenter for helhetlig Rehabilitering (SKUR) har imidlertid foretatt undersøkelser i utvalgte kommuner. Det er gjort rede for resultatene av Normann m.fl. (2004). Det følger av undersøkelsene at kommunene hittil har begrenset erfaring med utarbeidelse av individuelle planer, slik at det er vanskelig å si noe sikkert om lovgivningen har bidratt til et bedre og mer koordinert tilbud til den enkelte.

Tilbakemeldingene viser at det foreløpig er utarbeidet planer for dem som har mest omfattende behov for tjenester, slik at arbeidet derfor har vært tidkrevende. Det har også tatt tid å implementere tankegangen i arbeidet og finne frem til hensiktsmessige arbeidsformer. Det synes som noe av det viktigste med arbeidet med individuell

plan er at tjenestemottakeren kan forholde seg til en ansvarsperson eller tjenesteyter som er involvert i planarbeidet. Kvaliteten på arbeidet er avhengig av relasjonen mellom tjenestemottakeren og ansvarspersonen. Videre ser det også ut til at det offentlige får samordnet sine tjenestetilbud bedre. Det er imidlertid et mindretall av kommunene som på tidspunktet for undersøkelsene hadde kommet skikkelig i gang med planprosessene, slik at det er vanskelig å anslå sikkert hvordan metoden med individuelle planer vil fungere over tid.

10.4 Utvalgets vurdering

Individuell plan vil etter alt å dømme være et viktig og verdifullt verktøy når det skal utarbeides et tjenestetilbud til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Samtidig er det viktig å unngå at omfanget av slikt planleggingsarbeid blir så stort at det krever en uforholdsmessig ressursinnsats, og det er også viktig å unngå at slike planer brukes så rutinemessig at det går over til å bli mer eller mindre rituelle øvelser. Det ligger i utvalgets lovforslag en forutsetning om at bruken av individuell plan skal begrenses til tjenestemottakere som har et sammensatt behov av en viss varighet og kompleksitet, se utkastet til lovtekst §§ 3-6 og 3-7. Utvalget legger til grunn at det sentrale med bruk av slike planer er selve *prosessen* mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, og mellom tjenesteytere, knyttet til arbeidet med individuell plan, ikke nødvendigvis selve planen. Bruk av individuell plan er etter utvalgets oppfatning egnet til å hindre at tjenestene blir fragmenterte og preget av kortsiktig tenkning, og vil kunne bidra til at tjenestemottakeren blir hørt på ved utformingen tjenestetilbudet.

Ved avgrensningen av tjenestemottakere som det skal utarbeides individuell plan for, er det naturlig å ta utgangspunkt i de tre begrepene *langvarige, sammensatte og koordinerte*. To av disse er inntatt i lovteksten, det tredje ligger implisitt i kravet om at det må være tale om koordinerte tilbud. Rett til individuell plan er forbeholdt tjenestemottakere med behov for tjenestetilbud som er langvarige og sammensatt, samtidig som det er behov for å koordinere disse tjenestene.

I forutsetningen om *varighet* legger utvalget at behovet for hjelp må forventes å strekke seg over et tidsrom av en viss lengde, men ikke nødvendigvis at behovet for tjenester skal forventes å være varige eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Det skal heller ikke være et krav at behovet skal gjelde samme typer helsehjelp eller sosialhjelp i det aktuelle tidsrommet. Med behov

for *koordinerte* tjenester mener utvalget at tjenestemottakeren må ha behov for to eller flere helse- og/eller sosialtjenester – parallelt eller avvekslende – og at disse tjenestene må eller bør ses i sammenheng. Dette kan være flere typer tjenester innenfor samme instans eller det kan være tjenester fra forskjellige instanser, avdelinger eller virksomheter.

Hvor den nedre grensen for hva som krever en slik plan går, må vurderes konkret. Vurderingen må ikke foretas bare ut fra det tidsrommet hjelpen skal foregå i, men også ut fra omfanget og kompleksiteten av tjenestetilbudet. Det er *koordineringsbehovet* som er det avgjørende underliggende hensyn, og det betyr av avgjørelsen om slik plan skal gis, vil være et spørsmål om en samlet vurdering av behovet for tjenester i forhold til tidsperiode, i forhold til omfang og i forhold til kompleksitet. Behovet for helsetjenester eller sosiale tjenes-

ter må ikke vurderes enkeltvis, men ses i sammenheng med andre tjenester og tiltak tjenestemottakeren har behov for.

På et møte mellom Norges handikapforbund og utvalgets leder og sekretariat ble det fremholdt som et betydelig problem at det treffes vedtak om tjenester med begrenset varighet, selv om tilbudet etter omstendighetene klart tar sikte på å være et langtidstilbud. Utvalget presiserer at det må legges til grunn at kommunen skal ha et visst spillerom med hensyn til omfanget av det tilbud som gis ut fra skiftende økonomiske rammebetingelser og etterspørsel. Utgangspunktet må likevel være at hjelp skal tildeles for så lang tid man vet det er behov for den, eventuelt "inntil videre", uten ytterligere begrensninger. Hvis det senere blir behov for en justering på grunn av knapphet, kan det uansett foretas en omgjøringsvurdering, hvor ikke bare ressursituasjonen, men konsekvensene for

Boks 10.1 Fire eksempler på vurdering av om det skal utarbeides individuell plan:

- En person mottar uføretrygd på grunn av dårlig helse, benytter fastlege og går til fysioterapeut med jevne mellomrom, mottar hjemmetjenester til vask og lignende i boligen, har en form for transportstøtte og er til kontroll i spesialisthelsetjenesten hvert andre år. Dette er fem tjenester, og noen kan kanskje mene de er sammensatt, i hvert fall er det ulike typer tjenester. Utvalget er av den oppfatning at dette alene ikke bør medføre plikt for kommunen til å utarbeide en individuell plan, da det ikke her er behov for slik koordinering, ettersom tjenestene verken er av stort volum eller kompleksitet.
- En person blir relativt sterkt trafikkskadd og ligger lenge på et somatisk sykehus før vedkommende overføres til Sunnaas, og deretter til egen bolig som må tilrettelegges. Vedkommende er jevnlig til trening hos fysioterapeut, hos sin fastlege og legespesialist på sykehuset, mottar hjelp fra hjemmesykepleien og fra hjemmetjenesten, samt økonomisk stønad fra sosialkontoret. Man mener at vedkommende vil være rehabilitert i løpet av tre år. Etter utvalgets oppfatning vil utgangspunktet her måtte være at tjenestemottaker ikke har krav på individuell plan i slike situasjoner. Dette kan likevel måtte vurderes annerledes hvor det oppstår særlige problemer ved koordineringen av tjenestene eller av andre grunner ut fra en
- helhetsvurdering av tjenestemottakers behov og situasjonen for øvrig.
- En person med utviklingshemming er i tillegg utagerende. Vedkommende bor i en kommunal bolig med tilgang på bistand 24 timer i døgnet. Denne tjenesten er organisert i en egen tjeneste, og tjenesteyterne går i turnus. Personen har et kommunalt dagtilbud, inkludert i dette er det også et voksenopplæringstilbud. Personalet mottar veiledning fra habiliteringstjenesten i et helseforetak. Personen er uføretrygdet og har på vanlig måte en fastlege. Vedkommende deltar også i tilrettelagte kulturtilbud og er avhengig av tilrettelagt transport. Dette er et eksempel på en tjenestemottaker som utvalget mener faller inn under retten til en individuell plan.
- En person mottar økonomisk sosialhjelp. Vedkommende er uten arbeid, er registrert som arbeidssøker, men har lite arbeidserfaring. Personen har rusmiddelproblemer og psykiske problemer, men har så langt ikke vært interessert i et behandlingsopplegg for å avhjelpe rusproblemene. Vedkommende er jevnlig hos sin lege og sosionomen på sosialkontoret, men har ellers liten kontakt med behandlingsapparatet. Her har kommunen plikt til å søke å etablere et helhetlig, faglig forsvarlig, tilbud for vedkommende. Dette skal skje med utgangspunkt i en individuell plan.

den enkelte tjenestemottakeren, blir overveid og tillagt tilbørlig vekt. For tjenestemottakeren er det viktig å kunne basere seg på et vedtak som løper inntil kommunen eventuelt finner grunn til å ta dette opp til revurdering. Der kommunen likevel treffer kortvarige vedtak om noe som reelt sett er et langvarig tjenesteytingsforhold, vil tjenestemottaker gjennom individuell plan kunne oppnå nødvendig avklaring om sin fremtidige status og tidsperspektivet for tilbudet, men da bør dette også komme til uttrykk i et motsvarende samlet vedtak, se utkastets § 3-8 nr. 1.

Det er viktig for utvalget at regelverket ikke er slik at kommunen pålegges å utarbeide unødvendig mange individuelle planer. Utvalgets har lagt til grunn at den aktuelle målgruppen vil kunne være i størrelsesorden 2 til 3 prosent av befolkningen. Dersom antallet overstiger dette nivået, er det fare for at det vil resultere i standardplaner uten individuell vurdering, noe som vil være svært uheldig. Utvalget er av den oppfatning at begrensningen som ligger i kravet om behov for langvarige og koordinert tjenestetilbud skulle være tilstrekkelig til å ivareta dette hensynet. Den gjør det mulig å begrense antallet planer til det som er hensiktsmessig, og øker sjansen tilsvarende for at dette er noe som blir tatt alvorlig og blir gjennomførbart.

Den rettslige utformingen av retten til individuell plan er som nevnt forskjellig etter gjeldende sosialtjenestelov og helselovgivningen, jf. pkt. 10.2. ovenfor. Det er i utvalgets forslag til ny lov derfor foreslått å regulere retten til individuell plan samlet. Etter utkastet forslår utvalgetsflertallet (alle medlemmer unntatt Gullestad) en lovbestemmelse som etablerer en rettslig plikt for kommunen til på eget initiativ å utarbeide individuell plan for alle tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tilbud.

Utvalgsmedlemmet Gullestad er av den oppfatning at spørsmålet om individuell plan bare må utformes som en rettighet for tjenestemottaker. Utarbeidelse av individuell plan er noe som kommunen på faglig grunnlag kan ta initiativ til, men det bør ikke pålegges kommunen som en selvstendig plikt. Det er tjenestemottakers behov og mål som må være i fokus, ikke kommunens plikt til, eller behov for, å samarbeide. Individuell plan har sin hovedverdi som tjenestemottakers plan, ikke som et faglig verktøy.

Dette medlem viser videre til at samarbeid for å sikre gode koordinerte tjenester er et faglig spørsmål knyttet til helse- og sosialfaglig metode som i liten grad kan løses gjennom krav om individuell plan. Ressurser knyttet til planarbeid bør derfor

konsentreres om de tilfeller der tjenestemottaker, pårørende eller tjenesteyter ser at slik plan vil ha en klar verdi. Krav om plan for alle tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenestetilbud vil føre til uønsket byråkratisering i form av standardiserte planer. For tjenestemottakere med kompliserte behov som forandrer seg ofte, vil planen ikke gjenspeile de viktigste tjenestene.

En "skal"-regel kan derfor etter *dette medlemmets* oppfatning undergrave lovens autoritet. Det er en reell fare for at gjennomføring av lovens krav vil komme i konflikt med knappe ressurser innen helse og sosialsektoren. De gode intensjonene bak individuell plan kan derfor lett komme i bakgrunnen. Dersom bestemmelsen ikke etterleves, må en anta at tjenestemottaker i liten grad vil gå til fylkesmannen eller domstolene med saken. Medlemmet har derfor foreslått en alternativ formulering av forslaget § 3-6 nr. 1, se lovutkastet § 3-6 nr. 1 andre alternativ.

I tråd med synet som utvalget har gitt uttrykk for i kapittel 6 om hvilke verdier sosial- og helsetjenestene bør baseres på og om viktigheten av at tjenestemottakers rett til medbestemmelse og personlig integritet tillegges vekt, legger et samlet utvalg til grunn at individuell plan ikke skal utarbeides hvis vedkommende motsetter seg dette. I utkastet fastslås det også uttrykkelig at planen skal utformes i samråd med tjenestemottakeren.

Selv om tjenestemottaker ikke ønsker en individuell plan, legger dette i seg selv ingen begrensninger i kommunale etaters muligheter til på eget initiativ å samordne tjenestene. En slik samordning er ikke en individuell plan i forslagetes forstand og utløser således ikke plikt etter utkastets § 3-8 nr. 2 til å treffe samlet vedtak. Slikt vedtak kan imidlertid treffes også uten forutgående individuell plan, se samme bestemmelse slutten. I tilknytning til dette vises til utkastets § 9-6 som også innebærer en begrensning i adgangen til å utveksle informasjon med samarbeidende personell i strid med tjenestemottakerens vilje. Vilkårene for og ikke minst kravene til individuell plan er så vidt fleksible at den kommunale plikten ikke behøver innebære noen merbelastning av betydning sammenlignet med det som ellers ville følge av alminnelige krav til faglig og forvaltningsmessig forsvarlighet, og vil på sikt kunne føre til en mer gjennomtenkt ressursbruk. Samarbeid og koordinering av tjenestene må forutsettes å være tidsbesparende og således økonomisk lønnsomt for kommunen, ved siden av at det kan gi et bedre tjenestetilbud og i noen tilfeller medføre at dette kan avsluttes eller trappes ned tidligere enn ellers.

Hvor andre kommunale instanser enn den kommunale sosial- og helsetjenesten skal bidra med tilbud til tjenestemottaker, skal også disse delta ved utformingen av den individuelle planen, se § 3-6 nr. 3. Tilsvarende er tilfelle dersom fylkeskommunale eller statlige etater skal delta, se § 3-6 nr. 5. Også disse skal trekkes inn ved utformingen av planen, og de skal alltid uttale seg om faglige og ressursmessige forutsetningene for sine egne tjenestetilbud eller andre bidrag. Det skal da utarbeides en felles individuell plan som dekker alle tjenestenivåer.

En individuell plan skal være et dokument som angir et helhetlig, begrunnet og faglig forsvarlig tilbud for tjenestemottakeren, og som sammenfatter vurderinger av behov, prognoser og virkemidler, se utkastets § 3-7 nr. 1. Samtidig er det viktig at planen heller ikke blir for omfattende og detaljert, slik at utarbeidelsen og oppdateringen opptar unødvendig mye ressurser. Etter utvalgets syn bør den individuelle planen ta utgangspunkt i en beskrivelse av planlagt tjenestenivå og tjenestetype, uten stor spesifikasjonsgrad når det gjelder enkelthetene i tjenestetilbudet, eller alternativt ved at det angis i planen at det forutsettes at det vil kunne være aktuelt å foreta mer begrensede justeringer i dette av praktiske grunner eller ut fra de erfaringer man gjør.

Verken planen eller enkelthetene i denne er enkeltvedtak i Forvaltningslovens forstand. Utvalget ønsker å videreføre dagens regler på dette punktet, men understreker at det er viktig at planen angir hvilke resultater man tar sikte på å oppnå, og at den er basert på realistiske og så langt mulig fastlagte forutsetninger med hensyn til hvilke ytelser som vil kunne gis. Utvalget viser i denne sammenheng også til forslaget § 3-8, der den individuelle planen skal knyttes til et samlet vedtak fattet av kommunen. Dette vedtaket må skilles fra den individuelle planen, der det samlede vedtaket er et enkeltvedtak og en beslutning om å gi et visst tjenestetilbud i et bestemt tidsrom. Dette er nærmere omtalt i kapittel 7.4. Det forutsettes at den individuelle planen anses som et sentralt grunnlagsdokument for det samlede vedtaket, og eventuelle avvik fra planen i dette må begrunnes.

For mange tjenestemottakere med behov for sammensatte og/eller langvarige tjenester er det et problem å måtte forholde seg til mange forskjellige tjenesteytere både innen en instans og ved forskjellige instanser. En sentral målsetting for reglene om individuell plan er derfor at tjeneste-

mottaker ikke skal måtte forholde seg til mange forskjellige personer ved utforming og gjennomføring av tjenestetilbudet. Etter gjeldende rett følger det av Forskrift til individuell plan etter helselovgivningen § 6 at planen skal angi én person som har ansvar for å sikre samordningen av og fremdriften i arbeidet med planen. Utvalget mener at en slik funksjon er et så sentralt element i bruken av individuell plan at det vil foreslå at kommunene skal ha plikt til å utpeke en planansvarlig som skal sørge for at tjenestemottakers behov og de tjenestetilbudene som man tar sikte på å gi, blir grundig utredet og sett i sammenheng, se forslaget § 3-6 nr. 3. Tjenestemottakeren og hans eller hennes pårørende skal kunne henvende seg til planansvarlig i alle saker som angår tilbudet til vedkommende. Planansvarlig har et personlig oppfølgingsansvar i denne sammenhengen. Hun eller han må hele tiden være forberedt på å gå inn i alle situasjoner hvor det oppstår problemer eller misnøye.

Utvalget ønsker også å vise til korresponderende bestemmelser i forskrift om pasientansvarlig lege. Forskriftens beskrivelse av formålet med pasientansvarlig lege og vedkommendes funksjon er i stor grad samsvarende med rollen som planansvarlig i arbeidet med individuell plan når tjenestemottaker er på sykehus.

Utarbeidelse av individuell plan i samarbeid mellom de kommunale sosial- og helsetjenester og spesialisthelsetjenesten i tilknytning til utskrivninger fra sykehus der det er behov for oppfølging av sosial- og helsetjenesten i kommunen, reiser enkelte problemer, se for øvrig kapittel 11. Ettersom det er spesialisthelsetjenesten som har best kjennskap til når pasienten skal skrives ut, og hvilke behov for kommunal oppfølging vedkommende på det tidspunktet måtte ha, bør helseforetaket ha ansvar for å initiere arbeid med individuell plan før utskrivning. Ansvar for selve utarbeidelsen bør imidlertid ligge hos kommunen. For øvrig er det utvalgets oppfatning at arbeidet med individuell plan bør ha kommet tilstrekkelig langt før pasienten kan anses som utskrivingsklar, og dermed være kommunens ansvar.

Tjenestemottaker og pårørendes rett til å klage dersom det ikke blir utarbeidet en individuell plan følger av utkastet § 4-6. Klageretten omfatter også eventuelle saksbehandlingsfeil knyttet til planarbeidet, herunder at vedkommende ikke får medvirke ved utarbeidelse av planen. Dette vil klargjøre og styrke retten i forhold til gjeldende bestemmelser i Sosialtjenesteloven.

Kapittel 11

Forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten

11.1 Innledning

Stadig flere og voksende grupper av tjenestemottakere har behov for tilbud som forutsetter samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene. Det er i mange sammenhenger viktig for tilbudet til den enkelte pasient at den kommunale sosialtjenesten, helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede med et helhetlig tilbud. Det har i flere sammenhenger blitt uttalt at samhandlingen i dag ikke er tilfredsstillende, noe som også kommer til uttrykk i mandatets punkt 2. God samhandling kan bedre behandlingstilbudet og begrense unødvendige innleggelse i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus som ofte resulterer i reinnleggelse, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Spesielt barn og eldre med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmissbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha fordeler av en bedre samhandling.

Det ble 17. september 2003 nedsatt et utvalg for å utrede mulighetene for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. Utvalget ledes av rådmann Nils Fredrik Wisløff, Drammen kommune. Det fremgår av mandatet at utvalgets hovedmål er å "vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utvalget skal legge til grunn hovedtrekkene i dagens funksjonsfordeling, der kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene og staten ansvar for spesialisthelsetjenesten, og den hovedmodellen som er valgt for regionale helseforetak."

Utvalgets mandat har en nær berøringsflate til dette utvalgets mandat, ved at det i utkastet skal "tas hensyn til behovet for og plikten til samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at dette samarbeidet ikke svekkes, men kan videre styrkes" (mandatets punkt 4). Spørsmålet om samhandling er derfor ikke uttømmende behandlet i denne

utredningen, men utvalget har sett på enkelte forhold som anses viktige i en harmoniserings-sammenheng.

11.2 Tidligere utredninger

Samordning, samhandling og gråsoneproblemer har vært tatt opp i en rekke offentlige dokumenter de siste tiårene. Generelt blir det påpekt at samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skjer under vanskelige betingelser. Det savnes struktur og formalisering av rammene for samarbeid. I en oppsummering gjort av Nasjonalt geriatriciprogram (1994-1999) pekes det på at samarbeid og samhandling utvikles som et produkt av en lang rekke faktorer og forhold, blant annet maktrelasjoner og felles virkelighetsoppfatning, arenaer for kommunikasjon og samhandling, enkeltpersoners evne og vilje til samhandling, struktur og organisering, kontinuitet, regelverk og finansieringsordninger.

Samfunns- og næringslivsforskning AS har i rapport nr. 57/01 Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet (Gautun, Kjerstad, Kristiansen) sett på samarbeidet mellom sykehus og kommuner ved utskrivning fra sykehus av pasienter som trenger et tilbud fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det blir blant annet pekt på at kommuner og sykehus som setter pasienten og ikke regler og penger i fokus, og som har satsset på å utvikle samarbeidskulturen ser ut til å være de som bruker ressursene best. Det pekes også på at denne typen samarbeid ser ut til å være lettere å få til mellom små sykehus og små kommuner. Store sykehus og store kommuner trenger i større grad å formalisere samarbeidet, og ha styringsmidler for å få samarbeidet til å fungere. Det gis imidlertid uttrykk for at det ikke nødvendigvis er dagens dagbotssystem som er det beste hjelpemiddelet (se nedenfor punkt 11.4). Et system som består av belønning i form av penger til bydeler og kommuner, antas å kunne påvirke samarbeidskulturen positivt, og være mer effektivt enn dagens system.

11.3 Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten i Trondheim

Trondheim kommune og Helseforetaket St. Olavs Hospital har siden tidlig på 1990-tallet samarbeidet relativt tett for at pasienter som er avhengig av tjenester fra både første- og andrelinjetjenesten skal få et mer helhetlig helsetjenestetilbud.

Det er ca. 152.000 innbyggere i Trondheim kommune, herav 80.000 arbeidstakere og 18.000 pensjonister. I kommunens eldeomsorg har hjemmetjenestene 4.800 tjenestemottakere, mens det er i overkant av 1.200 sykehjemsplasser og ca 500 omsorgsboliger. Det er om lag 5.000 ansatte i kommunale helse- og velferdstjenester.

Ved Helseforetaket St. Olavs Hospital er det ca 7.000 ansatte. Sykehuset har 922 senger og vel 44.500 årlige innleggelser. Ved sykehusets poliklinikker behandles rundt 260.000 pasienter årlig. Hovedtyngden av sykehusets pasienter kommer fra Trondheim kommune, og i 2002 var gjennomsnittlig liggetid 6,2 dager.

Mange pasientgrupper er avhengig av tjenester både fra første- og andrelinjetjenesten. Dette kan for eksempel være pasienter med kreft, langvarige psykiske lidelser, kroniske somatiske sykdommer og døende pasienter. Også funksjonshemmede, pasienter med rehabiliteringsbehov og geriatriske pasienter kan være omfattet. Samarbeid mellom disse tjenestene er spesielt viktig i overgangssituasjoner, når tilbudene er gjensidig avhengig av hverandre og når tjenester skal ytes samtidig.

St. Olavs Hospital har i mange år hatt et stort overbelegg, noe som blant annet har ført til et stort antall korridorpasienter. Overbelegget skyldes flere faktorer, blant annet den totale sengekapasiteten, men også såkalte utskrivningsklare pasienter hjemmehørende i Trondheim kommune.

Ved St. Olavs Hospital er ca 35 % av pasientene som til enhver tid er innlagt på kirurgisk, medisinsk og ortopedisk avdeling, over 75 år. Videre har ca. 35 % av de innlagte over 75 år behov for omfattende tiltak (behandling, rehabilitering og omsorg). Kjennetegn ved pasienter i denne aldersgruppen er at de ofte har flere sykdommer samtidig, er multimedisinert og at enkle sykdommer ofte utvikler seg til alvorlig funksjonssvikt. Pasientene har behov for omfattende og sammensatte tiltak fra både første- og andrelinjetjenesten. Av alle innlagte ved medisinsk avdeling, har om lag 10 % behov for institusjonsplass etter sykehusoppholdet.

Kommunen og sykehuset inngikk i 1993 en avtale om utskrivningsklare pasienter, og det er senere inngått tilleggsavtaler. Det har vært viktig

for partene at avtale og samarbeidsform er forpliktende og løsningsfokuserende. Antallet utskrivningsklare pasienter fra Trondheim kommune lå i årene etter avtaleinngåelsen mellom 18 og 28 per døgn.

Trondheim kommune betalte i 2003 ca. 12 millioner kroner for utskrivningsklare pasienter. Kostnadene for kommunen er betydelig høyere ved å ha utskrivningsklare pasienter på sykehus, fremfor egne sykehjem. Kommunen betaler en døgnpris på kr 1600 per seng hvis pasientene blir liggende utover 10 dager på sykehuset etter at de er definert som utskrivningsklare, mens akuttseger ved sykehjem for ekstraordinært uttak av pasienter er kostnadsberegnet til kr 1000 per seng. Kostnadene for ordinære sykehjemsplasser er langt lavere enn dette.

Det er et mål at det i normalsituasjoner ikke skal være flere enn 15 utskrivningsklare pasienter ved St. Olavs Hospital, og at liggetiden begrenses til 14 dager etter at pasienten er definert som utskrivningsklar. Å definere en pasient som utskrivningsklar er et samarbeid mellom helseforetaket og kommunen. Ved uenighet skrives det en uenighetsprotokoll som forelegges et overordnet organ med deltagere fra begge parter til avgjørelse.

Tiltak både fra sykehuset og kommunens side påvirker køen av utskrivningsklare pasienter. Det er derfor gjennomført forskningsarbeid i Trondheim, både med slagpasienter og eldre med mange sykdommer samtidig. Kommunen har også i samarbeid med forskningsinstitusjonen Sintef utviklet et dataprogram som viser hvordan køen på sykehjemsplasser/rehabiliteringsplasser utvikler seg avhengig av hvilke tiltak som settes inn. Resultatet viser at relativt enkle tiltak i samarbeid mellom kommune og sykehus kan redusere antall pasienter som trenger sykehjemsplass etter sykehusbehandling med 20-30%. Økning i antall langtidsplasser på sykehjem er et av tiltakene som over tid, relativt sett, har dårligst effekt på køen.

I 2002 var det en stor økning i antall utskrivningsklare pasienter, i januar var det 50 personer som ventet på et tilbud i kommunen. På bakgrunn av dette ble det etter en felles vurdering av fagmiljøene i Trondheim kommune og ved St. Olavs Hospital iverksatt flere tiltak. Dette var blant annet opprettelse av intermedier enhet i sykehjem, samt fallpoliklinikk, kartlegging årsaker til innleggelse/utskrivning, døgnbemanning av allmennlegevakten og opprettelse av kommunal sykehjemskordinator med arbeidssted St. Olavs Hospital. Videre ble det opprettet flere sengeplasser ved St. Olavs Hospital. Av kommunen ble det nedsatt et innsatsteam for å sikre overføringssituasjoner mellom sykehuset og kommunen, og det ble foretatt en vesentlig

styrking av fysioterapi- og ergoterapitilbudet. Det ble også etablert transittavdeling for utskrivningsklare pasienter ved et sykehjem, og et nytt sykehjem.

Det ble opprettet 20 sengeplasser finansiert av St. Olavs Hospital og Trondheim kommune for pasienter med akutt oppstått sykdom, eller forverring av sykdomstilstand, og avklart medisinsk tilstand. Det var en forutsetning at pasientene kunne sluttbehandles på sykehjemmet i stedet for på sykehuset. Sykehjemmet tok i løpet av 2003 hånd om ca. 250 pasienter som ellers ville fått behandling på sykehuset. På et annet sykehjem ble det etablert et tilbud til kreftsyke, totalfinansiert av staten. Tilbudet bidrar til å avlaste sykehuset ved at pasienter som ellers hadde fått sin terminalpleie på sykehuset, kan utskrives til et samarbeid mellom kommunen og sykehuset.

Resultatet av tiltakene var positive. På de første 23 driftsmånedene har transittavdelingen behandlet 185 utskrivningsklare pasienter som var definert til å være langtids sykehjemspasienter mens de lå på sykehuset. Ca. 20 % reiste hjem til egen bolig etter behandling/opptrening på transittavdelingen. Intermediæravdelingen behandlet i 2003 260 pasienter, hvorav de aller fleste reiste hjem til egen bolig (5 til sykehjem). Trondheim kommune fikk meldt 513 pasienter med behov for sykehjemsplass fra St. Olavs Hospital i 2002 mot 385 i 2001 (økning på 33 %). Videre fikk kommunen meldt 216 rehabiliteringspasienter (pr. 19.11.03) mot 145 i 2001 (49 % økning). Det ble meldt 239 rehabiliteringspasienter (pr. 19.11.03) fra St. Olavs Hospital, og korridorbelegget på sykehuset var gjennomgående for hele året lavere i 2003 enn i 2002.

En randomisert studie ble gjennomført for perioden 1994-1998, og omfattet 434 kreftpasienter. Et av studiens funn er at de fleste har behov for avansert pleie og omsorg, ikke sykehusbehandling. Hospice er benevnelsen på en avansert form for sykehjem, med ekstra personell for å kunne ivareta omsorg og lindring. Ordinær sykehjemsseng er kostnadsberegnet til kr 380 – 430 000,- pr. år, hospice beregnes til kr 750 000,- per år, mens kostnadene ved sykehusseng er anslagsvis kr 1,6-2,4 millioner per år.

Til grunn for tiltakene i Trondheim ligger grundige problemanalyser, gjensidig forpliktende avtaler, enighet om samhandlingsformer og samhandlingsfora. Det er gitt uttrykk for at suksess forutsetter tett samarbeid med sykehusavdelingene, hjemmetjenesten, pårørende og en grunnleggende felles analyse av problemstillingene og felles forslag til løsninger, i tillegg til tilstrekkelig fagpersonell.

11.4 Kommunehelsetjenestelovens bestemmelse om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter

Kommunehelsetjenesteloven § 5-1 femte avsnitt gir departementet adgang til å gi forskrift om at kommunen på nærmere fastsatte vilkår skal dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg i sykehus eid av helseforetak i påvente av et kommunalt tilbud. Bestemmelsen ble vedtatt 27.03.98 på bakgrunn av problemene med såkalte korridorpasienter ved sykehusene. Formålet med bestemmelsen er å medvirke til bedre ressursutnyttelse i helsesektoren ved å redusere antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i sykehus.

Betalingsplikt er fastsatt i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter mellom regionale helseforetak og kommuner som ikke har inngått avtale om overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Den omfatter bare pasienter i somatiske sykehus. Dersom det foreligger avtale mellom sykehus/helseforetak og kommunen om overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten, vil avtalen gjelde istedenfor forskriften.

11.5 Utvalgets vurdering

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom første- og andrelinjetjenestene avhenger av hva som til enhver tid defineres som primærhelsetjeneste og hva som defineres som spesialisthelsetjeneste. Den faglige og teknologiske utviklingen har over tid innvirkning på grensen for hva som naturlig inngår som en del av de enkelte forvaltningsnivåers ansvarsområde, og det kan tidvis være uenighet om hvor den til enhver tid går. Videre har økt kompleksitet medført et større behov for spesialisering og arbeidsdeling mellom forvaltningsnivåene, noe som igjen gjør samhandling viktigere. Et utstrakt samarbeid på tvers av fagområder og forvaltningsnivåer er en forutsetning for en forsvarlig ressursbruk og respektfull behandling av tjenestemottakere. Arbeid med individuelle planer, se kapittel 10, for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenestetilbud, er et viktig verktøy i dette samarbeidet.

Utvalget er av den oppfatning at hovedlinjene i ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene bør følge av loven her, eventuelt presiseres i forskrift. Under forutsetning av at tjenestetilbudet til

enhver tid skal fremstå som forsvarlig, er det naturlig å overlate til de lokale etater å bli enige om hvordan samhandlingen mer konkret bør gjennomføres.

Det er viktig å utvikle gode samarbeidsrelasjoner der partene oppfatter seg som jevnbyrdige. Etter forskrift om utskrivningsklare pasienter definerer sykehuset nå ensidig om pasienten er utskrivningsklar, og fastsetter dermed når betalingsplikten inntreffer, jf. § 4. Etter utvalgets oppfatning bør dette være noe som helseforetaket og kommunen avgjør i fellesskap. I tilknytning til dette bør det også vurderes om det er behov for et tilbud i skjæringspunktet mellom første- og andrelinjetjenesten. Dette kan for eksempel være opprettelse av distriktsmedisinske sentra, hvor første- og andrelinjetjenesten i samarbeid står for driften. Statens helsetilsyn har utarbeidet en rapport om dagens sykestuer der det er gjort en kartlegging av eksisterende tilbud og synliggjøring av problemstillinger ("The missing link", Statens helsetilsyn 2002). Det er viktig å få kartlagt hvilke funksjoner et slikt tiltak forutsettes å ivareta, hvor mange plasser det vil være snakk om, hvilket forvaltningsnivå som skal ha ansvaret, og hvordan tiltaket skal

finansieres. Det vil også være vesentlig å se på om det er sider ved samarbeidet/samhandlingen mellom sykehusene og kommunene som kan bli bedre i forhold til å styrke tilbudet til pasienter som eventuelt faller inn under et slikt tilbud. Utvalget ønsker også å påpeke at det er viktig at dette samarbeidet ikke bare begrenses til somatiske tjenester, men også omfatter psykiatri.

Kommunehelsetjenesteloven § 5-1 tredje avsnitt oppstiller et system med betalingsplikt for kommuner som ikke har et tilbud til utskrivningsklare pasienter. Utvalget er ikke fremmed for at det fremdeles er behov for en ordning med slik betalingsplikt, ettersom bortfall av betalingsplikt kan føre til problemer med opphoping av utskrivningsklare pasienter. Utvalget er imidlertid av den oppfatning at dette er en type bestemmelse som ikke bør videreføres i lovs form, men i eventuell forskrift. Det bør også vurderes om dette skal gjelde både for somatiske og psykiatriske pasienter, da det også ligger mange pasienter, definert som utskrivningsklare, i psykiatriske institusjoner, samtidig som terskelen for innleggelser oppleves som høy. Forskriftshjemmel er inntatt i utkastet § 11-4.

Kapittel 12

Taushetsplikt og personvern

12.1 Innledning

Informasjon om enkeltpersoners personlige forhold utgjør ofte et vesentlig element i beslutningsgrunnlaget for den kommunale sosial- og helsetjenesten. For å kunne utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte, må personellet ha tilgang til opplysninger av mer eller mindre sensitiv karakter. Tillit er grunnleggende for en velfungerende samhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. At det fra sosial- og helsetjenestene blir bevart taushet om tjenestemottakers personlige forhold er en av flere forutsetninger for et slikt tillitsforhold, og et prinsipp som står sentralt i tjenestene.

Taushetsplikten skal verne om private interesser, og er et uttrykk for respekt for tjenestemottakerens personlige integritet og ønske om å beskytte personlige forhold og den private sfære. Taushetsplikten er for øvrig et vesentlig element i personvernet. Personvern kan kort omtales som summen av lover, normer og tiltak som imøtekommer den enkeltes interesse av at personopplysninger tilfredsstiller kvalitetskrav og ikke behandles på en utilbørlig måte.

Eventuell frykt i befolkningen for uønsket informasjonsspredning fra sosial- og helsetjenestene vil kunne utgjøre et alvorlig problem. Dersom tjenestemottakere unnlater å ta kontakt, holder tilbake eller oppgir feilaktig informasjon av frykt for at opplysninger skal komme på avveie kan det sies å utgjøre en brist i tjenestenes formålsoppfyllelse. Tjenestemottakers tilbakeholdelse av opplysninger vil kunne medføre et mangelfullt og til dels feilaktig beslutningsgrunnlag, som igjen kan føre til uheldige følger for tjenestens innhold.

Det er en grunnleggende forutsetning at personell i de kommunale sosial- og helsetjenestene bare skal ha tilgang til opplysninger som er nødvendig for å utføre sine arbeidsoppgaver ("need to know-prinsippet"). Slik tilgang skal ha grunnlag i konkrete vurderinger av det faglige behovet. Vurderingen vil ofte innebære at den tilsattes opplysningstilgang skal være begrenset til enkelte tjenestemottakere, og heller ikke nødvendigvis omfatte alle tilgjengelige opplysninger om disse. Hvordan dette skal sikres, herunder informasjonssikkerhet,

skal vurderes på basis av en risikovurdering av ledelsen ved virksomheten, og gjenspeiles i oppbyggingen og organiseringen av informasjonssystemene.

Taushetsplikten, slik den fremstår i dag, er til en viss grad basert på formelle skiller mellom institusjoner/etater og yrkesgrupper. Adgangen til å utveksle taushetspliktbelagt informasjon på tvers av profesjon og etat er begrenset. Dette kan benevnes som et vertikaldelt informasjonsskille. Samarbeid på tvers av profesjon og etat er imidlertid ofte hensiktsmessig, ønskelig og i tjenestemottakerens interesse, men avskjæres tidvis på grunn av taushetspliktbestemmelsenes utforming. I dag avhjelpes disse problemene i praksis ved å innhente tjenestemottakerens samtykke til at informasjon utveksles, en metode som imidlertid ikke er mulig eller hensiktsmessig å benytte i alle situasjoner. Samtykke er nærmere omtalt i kapittel 9.

12.2 Forvaltningsmessig og profesjonsbestemt taushetsplikt

12.2.1 Innledning

Den som avgir opplysninger som oppleves å være av personlig karakter til offentlige etater skal ha tillit til, og sikkerhet for, at opplysningene håndteres på en forsvarlig måte. Dette gjelder uavhengig av om slik avgivelse er basert på frivillighet eller ikke. Taushetsplikten legger således forholdene til rette for at tjenestemottaker skal kunne føle trygghet ved utlevering av informasjon som er nødvendig for å motta hjelpetilbud de har krav på.

Enhver som yter tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan er bundet av forvaltningsmessig taushetsplikt etter Forvaltningsloven. Dette er også presisert i Kommunehelsetjenesteloven § 6-6. Tilsvarende følger av Sosialtjenesteloven § 8-8 og Helseregisterloven § 15. Taushetsplikten etter Sosialtjenesteloven § 8-8 går imidlertid lenger enn den alminnelige forvaltningsmessige taushetsplikten. Også ansatte i enkelte private virksomheter, uten profesjonsbestemt taushetsplikt, omfattes av Forvaltningslovens og Sosialtjenestelovens regler, jf. Sosialtjenesteloven § 8-2. Helsepersonell er bun-

det av den profesjonsbestemte taushetsplikten nedfelt i Helsepersonelloven § 21, som gjelder uavhengig av om de er ansatt i offentlig eller privat sektor. Taushetsplikten innenfor sosial- og helse-tjenesten reguleres således gjennom et tosporet system. Offentlig ansatt helsepersonell er bundet både av den forvaltningsmessige og den profesjonsbestemte taushetsplikt. Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt gjelder som utfyllende regler for den som utøver tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan og er pålagt taushetsplikt ved bestemmelse i annen lov, forskrift eller instruks av hensyn til private interesser, jf. Forvaltningsloven § 13f.

Mens den profesjonsbestemte taushetsplikten i prinsippet gjelder all pasientinformasjon, er den forvaltningsmessige taushetsplikt i utgangspunktet avgrenset mot nøytrale personopplysninger. Etter begge regelsett er ikke plikten begrenset til passivt å bevare taushet, men et krav om aktivt å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene.

På nærmere bestemte vilkår er det åpning i den forvaltningsmessige taushetsplikt for sirkulasjon av opplysninger innenfor samme organ eller etat, og til en viss grad også overfor andre forvaltningsorgan. Sett hen til unntaksbestemmelsene som gjelder i forhold til den profesjonsbestemte taushetsplikten blir det et spørsmål hvor stor den reelle forskjellen er mellom de to systemer.

Det tosporede systemet kommer til uttrykk i slik at enhver som behandler helseopplysninger etter denne lov har taushetsplikt etter Forvaltningsloven §§ 13 til 13e og Helsepersonelloven. Taushetsplikten utvides i andre ledd til også å omfatte enkelte opplysninger som i utgangspunktet ikke følger av Forvaltningslovens regelsett. Når det gjelder avlevering av opplysninger til andre forvaltningsorganer etter Forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, er adgangen begrenset bare til opplysninger som er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter Helseregisterloven, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

Det såkalte lovstrukturutvalget avga den 10. november 1992 delutredning II, *Bedre struktur i Lovverket*, NOU 1992: 32. Også Lovstrukturutvalget anså spørsmålet om taushetsplikt i sosial- og helsevesenet å være et uoversiktlig spørsmål, både materiellrettslig og lovteknisk, og vurderte om det ville være hensiktsmessig med en samlet lov om taushetsplikt i sosial- og helsevesenet. Det er viktig å merke seg at det har skjedd relativt omfattende lovendringer siden Lovstrukturutvalget avga sin innstilling, men den uoversiktlige situasjonen

synes ikke å være endret i vesentlig grad. Slik Lovstrukturutvalget så det, fremstod rettstilstanden som mer uoversiktlig enn nødvendig, noe som skapte særlig problemer ved avgjørelse av grensespørsmål (Lovstrukturutvalgets innstilling side 144).

Det ble også anført at det tosporede system av regler syntes å skape problemer hvor det var aktuelt å formidle opplysninger på tvers av institusjonsgrensene. Etter overføring av pasientopplysninger fra helsevesenet ble det lagt til grunn at Forvaltningslovens regler kom til anvendelse, uten at dette førte til en reell svekkelse av taushetsvernet. For Lovstrukturutvalget fremstod likevel ulike regler, for ulike instanser som behandlet samme opplysninger, som utilfredsstillende.

”Ut fra både lovstrukturelle, fornuftsmessige og personvernmessige hensyn er det behov for en opprydding i taushetspliktlovgivningen, og det er mye som taler for at tiden nå er moden for å ta opp arbeidet med å utforme en felles lov om taushetsplikt i helse- og sosialsaker. Dette kan i tilfelle skje ved at man trekker ut og harmoniserer bestemmelsene om taushetspliktens innhold fra legeloven og sosialomsorgsloven og gir disse generell gyldighet. Loven kan gis en utforming hvor taushetsplikten gjelder for alle som enten har profesjonell taushetsplikt etter helseprofesjonslovene, eller taushetsplikt som offentlig ansatt etter sosialtjenesteloven.” (Lovstrukturutvalget side 144 og 145)

12.2.2 Hovedreglene om taushetsplikt etter Forvaltningsloven

Personell som utfører oppgaver på vegne av forvaltningen, har plikt til å sørge for at enkelte opplysninger ikke gjøres kjent for uvedkommende. Taushetsplikt etter Forvaltningsloven er omhandlet i lovens §§ 13 – 13 e. Offentlig ansatte er underlagt instruksjonsmyndighet som gir tilstrekkelig grunnlag for å pålegge taushetsplikt, men det kreves lovhjemmel for å kunne straffe brudd på plikten.

Forvaltningsloven § 13 pålegger enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om ”noens personlige forhold”. Det vil si at taushetsplikten omfatter alt personell i den kommunale sosial- og helsetjeneste, uavhengig av utdanning og arbeidsoppgaver. Ikke bare gjelder det innehavere av stillinger og verv, men også personer som utfører enkeltstående oppdrag, eksempelvis sakkyndige. Etter Sosialtjenesteloven § 8-2 omfattes ansatte i enkelte private virk-

somheter av Forvaltningslovens regelsett. I ”personlige forhold” ligger at det må gjelde opplysninger om noe som det er vanlig å ønske å holde for seg selv. Forhold som er allment kjent, eller som det vanligvis anses helt kurant å gi opplysninger om, anses ikke som personlig i denne sammenheng, se for øvrig Forvaltningslovens § 13a nr. 3. For å klargjøre hva som regnes som personlige forhold har lovgiver i § 13 andre avsnitt angitt eksempler på forhold som ikke regnes som personlige. Dette er fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Det ligger imidlertid en reservasjon i at opplysninger ikke røper et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige. Kongen kan ellers gi nærmere forskrifter om hvilke opplysninger som skal regnes som personlige. Taushetsplikten gjelder også tekniske innretninger m.m. som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde.

Ved at personellet skal *hindre* at andre får adgang eller kjennskap, innebærer det en forutsetning om aktivitet for å sikre at uvedkommende ikke får tilgang til taushetspliktbelagt informasjon, ikke bare en plikt til å tie. Bestemmelsen innebærer en plikt til diskresjon som også medfører krav til oppbevaring og formidling av informasjon. Dokumenter og annet materiale som inneholder opplysninger undergitt taushetsplikt, skal forvaltningsorganet oppbevare på betryggende måte, jf. § 13c, 2. avsnitt. I tillegg til manuelle arkiver benytter de fleste kommuner relativt kompliserte elektroniske informasjonssystemer, blant annet som et ledd i arbeidet for å ivareta taushetsplikten. Kravet til betryggende oppbevaring og informasjonssystemene er nærmere omhandlet i henholdsvis Personopplysningsloven § 13 og Helseregisterloven § 16.

Taushetsplikten er begrenset til det personellet får vite om i forbindelse med tjenesten eller arbeidet, og gjelder under arbeid, i fritiden og etter at arbeidet eller tjenesten er avsluttet. At taushetsplikten ikke bare gjelder under utøvelse av arbeidet, er en forutsetning for at plikten skal ha en reell funksjon.

Både Kommunehelsetjenesteloven § 6-6 og Sosialtjenesteloven § 8-8 henviser til Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt, og at overtredelse straffes etter Straffeloven § 121. Kommunehelsetjenesteloven pålegger enhver som utfører tjeneste eller arbeid i kommunens helsetjeneste taushetsplikt. Mens Sosialtjenestelovens krav til taushetsplikt gjelder enhver som utfører tjeneste eller arbeid for sosialtjenesten eller en institusjon etter denne loven.

Sosialtjenesteloven § 8-8 er en skjerpet bestemmelse om forvaltningsmessig taushetsplikt. Det er strengere regler for hva slags type opplysninger som anses å være taushetspliktbelagte og i hvilken utstrekning opplysninger kan gis videre til andre forvaltningsorganer. Taushetsplikten etter bestemmelsen gjelder i motsetning til Forvaltningsloven også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om en klients oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til sosialtjenesten eller institusjonen å gi slik opplysning. Videre kan opplysninger til andre forvaltningsorganer, jf. Forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, bare gis når dette er nødvendig for å fremme sosialtjenestens eller institusjonens oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Denne bestemmelsen samsvarer i stor grad med Spesialisthelsetjenestelovens § 6-1, som også pålegger enhver som utfører tjenester eller arbeid for helseinstitusjon som omfattes av loven skjerpet taushetsplikt etter Forvaltningsloven §§ 13 til 13 e.

12.2.3 Hovedreglene om helsepersonells taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jf. Helsepersonelloven § 21 første avsnitt. Pasientrettighetsloven har en korresponderende bestemmelse i § 3-6 om pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger. Av Pasientrettighetsloven § 3-6 følger at opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Videre følger at opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Yrkesmessig taushetsplikt etter Helsepersonelloven § 21 gjelder alt helsepersonell. Hvem som er helsepersonell følger av Helsepersonelloven § 48. I likhet med Forvaltningslovens bestemmelser omfatter taushetsplikten både en passiv plikt til å tie og en aktiv plikt til å hindre at opplysninger leker ut. Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysningene gjøres tilgjengelig for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker, jf. Helsepersonelloven § 22.

Taushetsplikten omfatter opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold og andre per-

sonlige forhold. Ettersom også pasientens øvrige personlige forhold er tatt med, vil all personidentifiserbar informasjon som hovedregel være underlagt taushetsplikt. Det skilles ikke mellom mer eller mindre ømtålige opplysninger slik det gjøres for den forvaltningsmessige taushetsplikt. Taushetsplikten gjelder imidlertid ikke hvis opplysningene er kjent fra før. Videre er plikten begrenset til opplysninger som er mottatt i egenskap av å være helsepersonell og gjelder i alle situasjoner og over all tid. Det innebærer blant annet, i likhet med Forvaltningslovens bestemmelse, at den ikke opphører å gjelde etter at arbeidsforholdet er avsluttet.

12.2.4 Unntak fra taushetsplikten

Mennesker med behov for hjelp skal kunne oppsøke de kommunale sosial- og helsetjenestene uavhengig av atferd eller livssituasjonen for øvrig. Særlig aktuelt vil dette kunne være i forhold til helsevesenet, i situasjoner hvor pasienten har vært involvert i straffbare handlinger eller søker å unndra seg kontroll fra andre offentlige myndigheter. Videre tilsier hensynet til samfunnet at pasienter bør oppsøke helsevesenet, for eksempel når de er bærere av en farlig smittsom sykdom eller for å motvirke uførhet eller arbeidsløshet ved at alvorlige sykdommer får utvikle seg. Personellens plikt til å bevare taushet er en viktig forutsetning for dette.

Tidvis kommer den enkeltes interesse av konfidensialitet i konflikt med andre interesser, det være seg private eller offentlige. Både i Forvaltningsloven, Helsepersonelloven og andre tilknyttede lover er det derfor gitt flere unntak fra hovedregelen om taushetsplikt. De hensyn som begrunner taushetsplikten gjør seg gjeldende også i disse tilfeller, men lovgiver har funnet at andre hensyn må veie tyngre i noen situasjoner, se for eksempel Smittevernloven § 2-2 om enkelte allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Taushetsplikten i sosial- og helsetjenesten har til formål å verne tjenestemottakeren og kan derfor ikke påberopes overfor den som opplysningene angår. Både Forvaltningsloven § 13a nr. 1, § 13b nr. 1 og Helsepersonelloven § 22 første avsnitt slår fast at taushetsplikt ikke er til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder. At tjenestemottaker har krav på informasjon om hvilke opplysninger som danner grunnlag for saksbehandling/ behandling, er for øvrig viktig for at vedkommende skal kunne ivareta sine interesser, se Forvaltningsloven § 18, Pasientrettighetsloven § 3-2 og Personopplysningsloven § 18. Høyesterett kom likevel i en av de såkalte Juklerød-dom-

mene (Rt 1984 s. 591) til at journalopplysninger som skriver seg fra andre enn pasienten og legen (komparentopplysninger) i visse tilfeller er unntatt innsyn. Saksøkeren hadde vært tvangsinnlagt på psykiatrisk sykehus og krevde innsyn i opplysninger som skrev seg fra hans fraseparerte ektefelle. Han fikk ikke medhold. Høyesterett la til grunn at innsynsretten ikke ubetinget kan gis fortrinn, og løste tvisten etter en konkret interesseavveining. Høyesteretts dom skriver seg fra før Pasientrettighetsloven ble vedtatt. Rettens resultat må imidlertid antas å være i samsvar med Pasientrettighetsloven § 3-2 tredje avsnitt. Informasjon kan etter denne bestemmelsen unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær (taushetsrett).

Forvaltningsloven § 13a nr. 1, som også kommer til anvendelse overfor sosialpersonell, og Helsepersonelloven § 22 første avsnitt presiserer også at taushetsplikt heller ikke er til hinder for at opplysningene gjøres kjent for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. Tilsvarende prinsipp er slått fast i Tvistemålsloven § 205 og Straffeprosessloven § 119. Taushetsplikt settes med andre ord til side etter samtykke fra den opplysningene gjelder, men bare så langt samtykket gjelder. Det stilles ikke noe formkrav til samtykket, og det er bindende muntlig som skriftlig. Dersom det i ettertid oppstår tvist om hvorvidt samtykke er gitt eller ikke, og hvor langt dette rekker vil det av bevis hensyn kunne være en fordel med skriftlighet. Hvorvidt vedkommende har kompetanse til å avgi et gyldig samtykke, avhenger av en konkret vurdering av om vedkommende er fysisk og psykisk i stand til både å forstå og vurdere konsekvensene av samtykket. Se for øvrig kapittel 9.

For tjenesteyter kan unntak fra taushetsplikten innebære en opplysningsrett eller en opplysnings- eller meldeplikt. Med opplysningsrett menes en rett uten forpliktelse til å gi opplysninger, mens en opplysnings- eller meldeplikt innebærer en forpliktelse til å gi opplysninger. Opplysningsrett er ofte også omtalt som taushetsrett. Opplysningsrett kan følge av tjenestemottakerens samtykke, mens en opplysningsplikt alltid forutsetter særskilt hjemmel i lov, hvis ikke det følger av selve tillitsforholdet. Opplysningsrett innebærer at tjenesteyter selv kan avgjøre om de vil gi opplysninger eller ikke. Opphevelse av taushetsplikten fører altså ikke til at det automatisk inntreer en opplysningsplikt. Hvorvidt en plikt foreligger beror på en tolkning av de bestemmelser som statuerer slike plikter. Gjelder det for eksempel en mindreårig pasient, vil det være avhengig av barnets alder i hvilket omfang foreldre eller foresatte kan samtykke på barnets

vegne, jf. Pasientrettighetsloven §§ 4-4, 3-4 andre avsnitt og 3-3. Bioteknologiloven § 5-8, oppstiller et forbud mot å be om, motta, besitte opplysninger om en annen person som er fremkommet ved nærmere angitt genetisk undersøkelse. Forbudet kan ikke omgås ved samtykke.

Tilsier et barns interesser det, kan fylkesmannen eller departementet bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt, selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent, jf. Sosialtjenesteloven § 8-8 fjerde avsnitt. Korresponderende bestemmelse følger imidlertid ikke av Helsepersonelloven.

Taushetsplikt etter Forvaltningsloven § 13 er heller ikke til hinder for at opplysningene brukes når behovet for beskyttelse er varetatt ved at de gis i statistisk form eller ved at individualiserende kjennetegn utelates på annen måte, jf. § 13a nr. 2. Grunnlaget for begrensningene i taushetsplikt etter § 13a, er at det i tilfelle som angis ikke skal være behov for beskyttelse. Tilsvarende følger av Helsepersonelloven § 23 nr. 3. Det er et grunnleggende prinsipp at utlevering av taushetspliktbelagt informasjon alltid skal søkes gjort på den minst integritetskretnende måte. Anonymisering er den løsning som gjennomgående er minst integritetskretnende. Med anonymisering menes at opplysningene verken direkte eller indirekte kan spores tilbake til den det gjelder.

Taushetsplikt etter Forvaltningsloven § 13 og Helsepersonelloven § 21 avskjærer i utgangspunktet utlevering av taushetspliktbelagt informasjon til andre tjenesteytere/helsepersonell innen organet eller etaten og andre forvaltningsorganer og etater. I Forvaltningsloven § 13b nr. 3 er det derfor en bestemmelse om at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysningene er tilgjengelig for andre tjenestemenn innen organet eller etaten i den utstrekning som trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning. Bestemmelsen kan sammenlignes med Helsepersonelloven § 25 som regulerer taushetsplikt i forhold til samarbeidende helsepersonell. Etter Helsepersonelloven § 25 kan taushetspliktbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og pasienten ikke motsetter seg det. Bestemmelsen favner således noe videre ved at informasjonsutvekslingen ikke er begrenset til organet eller etaten.

Forvaltningsloven § 13b nr. 2 presiserer at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysningene benyttes til å oppnå det formål de er innhentet for. Dette er nærmere eksemplifisert ved at opplysningene kan brukes i forbindelse med saksforberedelse, avgjørelse, gjennomføring av avgjørelsen,

oppfølging og kontroll. Sammenholdt med Personopplysningsloven § 11 bokstav c, knesettes prinsippet om at bruken skal begrenses til det formål de er innhentet for, med mindre det foreligger samtykke, lovhjemmel eller annet rettsgrunnlag.

Det er også unntak fra taushetsplikten for utlevering av opplysninger til forskningsformål, se Helsepersonelloven § 29 og Forvaltningsloven § 13d. Utlevering etter disse bestemmelsene forutsetter imidlertid beslutning fra departementet.

Unntak i taushetsplikt er også gjort gjennom bestemmelser om opplysnings- og meldeplikt. Opplysnings- og meldeplikt innebærer en pliktmessig tilsidesettelse av taushetsplikt. For at en slik plikt skal inntre, må det foreligge lovhjemmel. Dette følger av legalitetsprinsippet. Hensynet til for eksempel ulike refusjons- og kontrollordninger, organisatoriske forhold, prioriteringer og økonomiske tilskuddsordninger kan tilsi at helsepersonell skal ha opplysningsplikt eller meldeplikt. Hensynet til allmenne interesser som tilsyn, forskning, styring og avvergelse av alvorlige straffbare handlinger, taler også for at en viss informasjonsutveksling finner sted.

Revisor for kommune og kontrollutvalget har, uavhengig av regler om taushetsplikt, rett til innsyn i kommunens saksdokumenter og arkiver, jf. Kommuneloven § 60 nr. 6. Kommuneloven § 60 nr. 1 statuerer at kommunestyret har det øverste tilsyn med den kommunale forvaltning, og kan forlange enhver sak lagt fram for seg til orientering eller avgjørelse. Hvorvidt taushetsplikt skal vike i forhold til kommunestyret, må bero på en interesseavveining mellom offentlige og private hensyn. Prinsippet om at det ikke skal utleveres andre opplysninger enn det som er nødvendig i det konkrete tilfellet, gjelder også i forhold til kommunestyret. Prinsippet gjelder også for revisor og kontrollutvalg.

Ettersom pasientjournaler ikke anses som saksdokumenter i Forvaltningslovens forstand, kan det vanskelig tenkes situasjoner der hele journaler kan kreves fremlagt. Kommunestyret kan heller ikke kan overprøve sosial- eller helsepersonells faglige vurdering. Rapporter utarbeidet som grunnlag for kommunale ytelser må derimot etter en vurdering av nødvendigheten i det konkrete tilfellet kunne fremlegges. Ser en på formålet med og arbeidsoppgavene til revisor for kommune og kontrollutvalget, kan det tenkes at disse skal ha en noe videre tilgang til taushetspliktbelagt materiale enn kommunestyret. Dersom timebestillingsbøker og lignende kan utleveres uten at dette gir grunnlag for å trekke slutning om sykdom, diagnose og behandling, antas dette ikke å komme i konflikt

med taushetspliktbestemmelsene. Det bør uansett benyttes regnskapssystemer som utelukker at taushetspliktbelagte opplysninger gjøres kjent for kommunerevisjonen. Tilsvarende må gjelde for sosialtjenesten.

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om, jf. Pasientrettighetsloven § 3-6.

Etter Kommunehelsetjenesteloven § 6-6a skal helsepersonell samarbeide med sosialtjenesten i klientsaker, og i sitt arbeid være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side. Utlevering av opplysninger skal skje innenfor rammen av taushetsplikten, og vil normalt forutsette samtykke fra den det gjelder, med mindre alle individuelle kjennetegn utelates. Tilsvarende følger av Helsepersonelloven § 32.

Uten hinder av taushetsplikt skal helsepersonell, av eget tiltak, gi opplysninger til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade, jf. Sosialtjenesteloven 6-2a. Plikten til å gi slike opplysninger gjelder også etter pålegg fra sosialtjenesten å utlevere opplysninger, se Helsepersonelloven § 32 andre avsnitt.

Videre har helsepersonell opplysningsplikt til barnevernet etter Helsepersonelloven § 33. Også sosialtjenesten skal, av eget tiltak og uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til barneverntjenesten, når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. Sosialtjenesteloven § 8-8a. Sosial- og helsepersonell har også meldeplikt etter Straffelovens § 139 for å avverge bestemte alvorlige forbrytelser som er oppregnet i bestemmelsen. Bestemmelsen angir ingen plikt til å anmelde forbrytelser som allerede er begått. Helsepersonell skal også av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet, jf. Helsepersonelloven § 17.

Også i andre situasjoner oppstår det tidvis behov for å bringe identifiserbare opplysninger videre. Dette kan være i tilfeller der det ikke er mulig eller hensiktsmessig å innhente samtykke, eller der vedkommende nekter å avgi slikt samtykke. De vurderinger tjenesteyter må foreta i slike situasjoner vil langt på vei være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødretts- og nødvergesituasjoner. Helsepersonelloven inneholder i § 23 nr. 4 en generell unntaksbestem-

melse fra taushetsplikten for slike tilfeller. Bestemmelsen angir et strengt vurderingstema, og forutsetter en avveining av ulike hensyn. Det som taler for videreformidling av informasjon må veie vesentlig tyngre enn formålet med taushetsplikten. Bestemmelsen fanger opp enkeltstående og spesielle situasjoner der videreformidling av informasjon kan være nødvendig. Situasjonene er ikke angitt ved en uttømmende regulering, og er primært aktuell i situasjoner hvor meddelelse er nødvendig for å forhindre alvorlig lovbrudd, for avverge vesentlig skade eller for å oppklare svært alvorlige forbrytelser mot liv, helse og sikkerhet. Reglene om nødrett og nødverge finnes i Straffelovens §§ 47 og 48. Nødrett og nødverge kan innebære at en handling som ellers ville være å anse som lovbrudd, for eksempel i forhold til taushetsplikt, ut fra en konkret interesseavveining blir ansett som lovlig og berettiget.

12.3 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

Et grunnleggende prinsipp ved all sosial- og helsefaglig virksomhet er at faglig bistand i form av behandling og tiltak beror på frivillighet fra tjenestemottakerens side. Med forbehold for lovbestemte unntak må samtykke fra tjenestemottakeren normalt foreligge ved de ulike former for faglig, tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Dette gjelder også utveksling av opplysninger. Taushetsplikten er således ikke nødvendigvis til hinder for at det enkelte helsepersonell gir opplysninger videre til andre profesjonsutøvere, etater eller andre personer. Tjenestemottaker bør hele tiden være informert om hva som skjer i saken, herunder i hvilken grad informasjon er innhentet, eller videreformidlet og eventuelt fra/til hvem, og bør i så stor utstrekning som mulig være med i denne type beslutninger.

Prinsippet har grunnlag i alminnelige betraktninger om det personlige integritetsrettsvern, og at urettmessige inngrep kan sanksjoneres med straff. Helsedepartementet gir i Ot. prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell, uttrykk for at det ville representere et brudd på disse grunnleggende prinsipper dersom helseetaten, på generelt grunnlag, samarbeidet med andre etater om navngitte personer uten å ha informert og innhentet samtykke fra de berørte. Departementet presiserer videre at hele førstelinjetjenesten er basert på en grunntanke om samarbeid, men det forutsetter at samarbeidet skal skje innen rammen av taushetspliktbestemmelsene.

Samarbeid og utveksling av informasjon mellom etater og ulike profesjoner, uten etter samtykke, vil likevel ikke nødvendigvis være i strid med det ovenfor nevnte prinsipp. Prinsippet kan ikke forstås slik at det skal være til hinder for at det i *enkelttilfeller* kan utveksles opplysninger om personer, for eksempel med begrensede muligheter til å avgi et gyldig samtykke, når det er nødvendig for å yte helsehjelp. Prinsippet må ses i sammenheng med taushetspliktens formål, hvor informasjon til vedkommende og eventuelt dennes representant, nødvendigheten av utvekslingen og at utvekslingen gjelder en begrenset mengde nødvendige opplysninger, tillegges større vekt enn hvilken profesjonsgruppe vedkommende mottaker tilhører. Muligheten for å reservere seg mot utvekslingen er viktig i denne forbindelse.

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetspliktbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf. Helsepersonelloven § 25. Begrepet "samarbeidende personell" er valgt for å "synliggjøre at opplysninger kan gis til andre enn medhjelpere, for eksempel helsepersonell i andre avdelinger i sykehus eller til helsepersonell utenfor sykehuset eller i andre virksomheter" jf. Rundskriv til Helsepersonelloven s 29 (I-20/2001). Det sentrale vurderingstemaet er om utleveringen er "nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp". Helsehjelp er i Helsepersonelloven definert som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som *utføres av helsepersonell*, jf. § 2 tredje avsnitt. For øvrig setter det generelle forsvarlighetskravet grenser for hvilke oppgaver annet enn helsepersonell kan utføre. Kravene til nødvendighet og forsvarlig helsehjelp innebærer restriksjoner for informasjonsutveksling knyttet til økonomiske ytelser, men vil i mer begrenset utstrekning hindre kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenestene. Utveksling av informasjon i forbindelse økonomiske ytelser, vil i beste fall unntaksvis kunne sies å være nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp. At pasienten har rett til å motsette seg at opplysninger gis annet personell, innebærer ikke at det skal innhentes samtykke før informasjon gis. Det må imidlertid forutsettes at vedkommende er gitt tilstrekkelig informasjon og således har en reell mulighet til å kunne motsette seg utvekslingen. Motsetter pasienten seg informasjonsutveksling, er helsepersonellet forpliktet til å samarbeide så langt det er mulig uten å nevne de opplysninger det skal bevares taushet om. Begrunnelsen for bestemmelsene er å sikre rasjo-

nelle og hensiktsmessige samarbeidsforhold innen en enhet.

For sosialtjenestens del er et korresponderende prinsipp nedfelt i Sosialtjenesteloven § 8-8, som henviser til Forvaltningsloven § 13b nr. 5 og nr. 6. Det følger av bestemmelsen at sosialtjenesten bare kan gi opplysninger om en persons forbindelse med tjenesten og om avgjørelser som er truffet til andre forvaltningsorganer når det er nødvendig for å fremme avgiverorganets oppgaver. Det ligger en ikke uvesentlig begrensning i at utlevering av opplysninger skal være i avgiveretatens interesse, ved at det skal fremme dennes oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

Et tverrfaglig samarbeid skal, som nevnt ovenfor, primært være forankret i tjenestemottakerens medvirkning og samtykke. Dette er i tråd med nyere lovgivning som i større grad enn tidligere vektlegger brukerperspektivet. Dersom det ikke er mulig eller hensiktsmessig å la tjenestemottakeren medvirke, skal samarbeid baseres på anonyme opplysninger eller etter lovbestemte unntak fra taushetsplikten. For helsepersonell vil det si at det må være tilfeller som utløser en opplysningsrett etter rettsstridsreservasjonen i Helsepersonelloven § 23 nr. 4, eller en opplysningsplikt etter særskilt lovhjemmel.

Dersom samarbeid på tvers av profesjonene er nødvendig for å tilby et adekvat behandlingstilbud, med utgangspunkt i at pasientens samtykke foreligger, fremstår den rettslige situasjonen som relativt ukomplisert. Tilsvarende ved de lovhjemlede unntak om opplysningsplikt, herunder opplysningsplikt om omsorgssvikt etter Barneverntjenesteloven og opplysningsplikt om gravid rusmiddelbruker etter Sosialtjenesteloven. Problemene synes å oppstå når det foreligger et ønske, eller formodet ønske, uten at dette oppfyller vilkårene for samtykke. Det kan tenkes i situasjoner der det opprettes team som består av forskjellige fagpersoner og at dette kan etableres som et tilbud som personer oppsøker frivillig. Ved at personen selv oppsøker behandlingsteamet, vil dette innebære en konkludent adferd som i mange situasjoner bør ha samme virkninger som om samtykke var gitt. Forutsetningen er at vedkommende er kjent med hvilke opplysninger som gis til hvem. Det forutsettes hele tiden at tjenestemottaker i slike tilfeller er informert om hvilke opplysninger som utveksles innen teamet og hvilken behandlingssmessig sammenheng disse benyttes i.

Selv om det er en viss adgang til å utveksle opplysninger mellom forskjellige fagfelt innen rammen av reglene om taushetsplikt, skal samarbeid-

det, i den grad det er praktisk mulig, søkes gjennomført uten at vedkommendes identitet gjøres kjent for de øvrige deltakerne. For øvrig skal samarbeid om enkeltpersoner søkes gjennomført med vedkommende person som deltaker. Dette er alternativet som best samsvarer med intensjonen om brukerperspektiv og medvirkning, og som dessuten er i tråd med det kontradiktoriske prinsipp som er et viktig element av rettssikkerhetsidealet.

For øvrig vil taushetsplikten etter Forvaltningsloven § 13 ikke være til hinder for utlevering av opplysninger når det foreligger lovhjemmel for å kreve opplysningene. Det er imidlertid en forutsetning at loven uttrykkelig sier, eventuelt klart forutsetter, at opplysningene skal kunne kreves uten hinder av taushetsplikten, jf. Forvaltningsloven § 13f. Tilsvarende følger av Helsepersonelloven.

12.4 Taushetsplikten - forholdet til personvernet

Taushetsplikt er et sentralt element i personvernet. Ordet personvern sier i seg selv lite om selve innholdet av begrepet. Uttrykket har heller ingen lang historie i juridisk terminologi. Det dukket opp på 70-tallet under debatten om innføringen og fremveksten av moderne datateknologi og de farer dette skapte for tilgangen til personopplysninger. De interessene personvernet skal beskytte, og ønsket om å beskytte disse, strekker seg imidlertid langt tilbake i tid.

Personvern kan, som tidligere nevnt, kort omtales som summen av lover, normer og tiltak som imøtekommer den enkeltes interesse av at personopplysninger tilfredsstillende kvalitetskrav og ikke behandles på en utilbørlig måte. Vernet er en beskyttelse av enkeltindividets integritet. Det nærmere innholdet av begrepet må vurderes konkret, sett i forhold til hva personvernet skal beskytte.

Personvernet inndeles ofte i individuelle og kollektive interesser. Med individuelle interesser menes i korte trekk den enkeltes ønske om å ha kontroll med hvilke personopplysninger som er tilgjengelige for andre. Det omfatter også retten til diskresjon, fullstendighet, innsyn og for øvrig beskyttelse av privatlivets fred. Dette bygger på en forutsetning om at de fleste, i større eller mindre grad, har et ønske om at enkelte opplysninger ikke skal tilflyte uvedkommende. Et ønske om å ha kontroll over hvem som vet hva, hva opplysningene skal brukes til, og om det eventuelt er fare for at de spres videre. Spredning av personopplysninger vil i mange tilfeller kunne føles som en trussel mot den enkeltes integritet, samtidig som kunnskap

om enkeltpersoner kan gi grunnlag for makt og kontroll. Enkeltindividet har krav på en privat sfære, og skal ikke måtte akseptere inntrenging fra utenforstående i private forhold. Rett til innsyn i opplysninger som beskriver en selv, er en individuell personverninteresse. Det er en rettighet som også følger av Forvaltningsloven § 18 og Pasientrettighetsloven § 5-1. Retten til innsyn ivaretar tjenestemottakerens mulighet til å undersøke hvilke opplysninger som er tilgjengelig for andre. Innsyn er dessuten en forutsetning for å kunne øve medinnflytelse med hensyn til spredning av opplysninger (diskresjon) og supplering av tilgjengelige opplysninger (fullstendighet). Sistnevnte bidrar til å heve kvaliteten på de personopplysninger som behandles i sosial- og helseforvaltningen. Kollektive interesser utgjør i stor grad allmenne samsfunnsinteresser, se nærmere Engelschjøn m.fl. 2002, side 34 flg.

Den kommunale sosial- og helseforvaltning behandler store mengder opplysninger om personlige forhold. Det kan være opplysninger av følsom art, for eksempel informasjon om sykdommer, straffbare forhold, sosiale problemer og arbeidsløshet. Denne type informasjon er ofte nødvendig for at forvaltningsorganet skal kunne løse sine oppgaver og gi innbyggerne de rettigheter og den service de har krav på. Faren for misbruk øker imidlertid proporsjonalt med antallet personer som har tilgang til opplysningene.

Personopplysningsloven regulerer behandling av opplysninger i sosialtjenesten, mens Helseregisterloven er en særlov og regulerer behandling av helseopplysninger i helsetjenesten og helseforvaltningen. Begge lovene er basert på samme EUDirektiv (95/46/EF), og er således svært like innholdsmessig. Både Personopplysningsloven og Helseregisterlovens formål er å bidra til at behandling av personopplysninger skjer i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, og ivareta behovet for tilstrekkelig opplysningskvalitet, personlig integritet og privatlivets fred. Lovenes bestemmelser gjelder imidlertid bare om ikke annet følger av en særskilt lov som regulerer behandlingsmåten, se Personopplysningsloven § 5.

Et utgangspunkt, nært knyttet til ovenfor nevnte definisjon av personvern, er å sikre at den enkelte har størst mulig kontroll over bruken av opplysninger om seg selv. Dette utgangspunktet kan dels ivaretas gjennom å begrense kommunikasjonsadgangen, og dels ved å begrense adgangen til å registrere opplysninger. Et element av kontrollen kan imidlertid også ivaretas av den enkelte gjennom innsynsretten i de opplysninger som er registrert i de enkelte kommunale organer. For

øvrig er organene i enkelte sammenhenger pålagt å informere tjenestemottakerne om at personopplysninger registreres og hva de skal benyttes til. Særlig viktig er imidlertid hovedregelen etter både Personopplysningsloven og Helseregisterloven, om samtykke fra den opplyningene gjelder for behandling av personopplysninger. Det foreligger relativt mange unntak fra hovedregelen.

Personvernet kjennetegnes også ved at opplysninger ikke skal brukes til andre formål enn de er innhentet for, uten etter samtykke fra den opplysningene gjelder. Dette kommer til uttrykk i Personopplysningsloven og Helseregisterloven § 11. Når helsepersonell innhenter opplysninger om en pasient, er det ut fra et behandlingsmotiv. Hvilket formål opplysningene innhentes for er avgjørende for hva som innhentes og dokumenteres. Informasjon som trekkes ut av sammenhengen, vil i mange tilfeller gi et mangelfullt eller misvisende bilde av situasjonen. I tillegg vil det være økt fare for misbruk ved at personopplysningene benyttes av andre, med andre faglige forutsetninger og interesser. Personvern hensynet tilsier at reglene om informasjonsflyt skal være så klare at den det gjelder er kjent med hvor informasjonen bringes videre. De registrerte har en legitim interesse i å kunne supplere informasjonen, eventuelt korrigere opplysningene, overfor de organer eller personer som arbeider videre med informasjonen.

Dersom de samme tjenesteytere har tilgang til svært mange og varierte personopplysninger om et stort antall mennesker, fører det til at risikoen for handlinger i strid med tjenestemottakernes rett til personvern øker. Personopplysningsloven og Helseregisterloven setter derfor skranke for hvor langt man kan gå i å samordne informasjonsutveksling mellom og innen tjenester, se for eksempel Personopplysningsloven § 11 og Helseregisterloven § 13. I den grad ikke annet følger særskilt av samtykke eller lov, oppstiller Helseregisterloven § 13 en vesentlig begrensning i tilgang til helseopplysninger. Begrensningen ligger i at bare personer som er underlagt kommunens instruksjonsmyndighet, eventuelt eksterne databehandlere, kan gis tilgang til helseopplysninger. Av samme bestemmelse følger også at tilgang bare kan gis i den grad det er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt.

Hovedregelen er at behandling av personopplysninger er meldepliktig etter Personopplysningsloven. Behandling av sensitive opplysninger er imidlertid gjort konsesjonspliktig. Med behandling av personopplysninger menes enhver bruk av personopplysninger, som for eksempel

innsamling, registrering, sammenstilling, lagring og utlevering, eller en kombinasjon av disse, jf. Personopplysningsloven § 2 nr. 2. Personopplysninger er opplysninger og vurderinger som kan knyttes til en enkeltperson, jf. Personopplysningsloven § 2 nr. 1.

Meldeplikt innebærer at den som ønsker å sette i gang behandling av personopplysninger, skal orientere Datatilsynet før behandlingen igangsettes, jf. Personopplysningsloven § 31. Konsesjonsplikt gjelder i all hovedsak ved behandling av sensitive personopplysninger, jf. Personopplysningsloven § 33. Sensitive personopplysninger er blant annet opplysninger om helse, rase, tro, politisk tilhørighet, straffbare handlinger, seksuelle forhold, se Personopplysningsloven § 2 nr. 8. for en uttømmende oversikt. Behandling av helseopplysninger omfattet av Helseregisterloven kan bare skje når det er tillatt etter Personopplysningsloven §§ 9 og 33 (konsesjon) eller følger av lov og behandlingen ikke er forbudt ved annet særskilt rettsgrunnlag.

Konsesjonsplikten gjelder ikke for behandling av personopplysninger i organ for stat eller kommune når behandlingen har hjemmel i egen lov, jf. Personopplysningsloven § 33, 4. avsnitt. Tilsvarende følger som en konsekvens av Helseregisterloven § 36. I praksis innebærer dette at det ikke er konsesjonsplikt for sosial- og helsetjenestens behandling av person/helseopplysninger som følger direkte, eller som en nødvendig forutsetning, av lovpålagte oppgaver.

12.5 Utvalgets vurdering

Prinsippet om å bevare taushet om personlige forhold skal fortsatt stå sentralt i sosial- og helsetjenesten, slik at respekten for enkeltindividers personlige integritet ivaretas også på denne måten, se utvalgets forslag til lovtekst § 9-2. Personidentifiserbar informasjon underlagt taushetsplikt skal ikke røpes der det strengt tatt ikke er nødvendig. Et behov for utveksling av taushetspliktbelagt informasjon kan begrunnes i flere forhold, både personlige, organisatoriske og allmenne. I den grad det er i tjenestemottakerens interesse, er det viktig at taushetsplikten ikke, på en unødvendig måte, hindrer samarbeid mellom instanser om behandling og oppfølging av den enkelte. Undersøkelser vedrørende praktiseringen av taushetspliktsbestemmelsene innenfor helsesektoren har vist at mange oppfatter bestemmelsene som lite oversiktlige og vanskelige å praktisere. Det fremstår som lite sannsynlig at dette oppleves som

annerledes etter Forvaltningsloven. Usikkerhet kan gi seg utslag i at bestemmelsene praktiseres ulikt, enten for strengt eller for lemfeldig. Ulik praktisering kan også innebære et hinder for hensiktsmessig samarbeid på tvers av tjenestene, eller medføre informasjonsflyt som bidrar til svekket tillit til tjenesten.

Sosialtjenesten har i mange sammenhenger opplysninger om tjenestemottakerne som oppleves som like sensitive eller belastende som helsevesenets. Det foreligger likevel to forskjellige sett med taushetspliktbestemmelser. Utvalget er av den oppfatning at taushetsplikten ikke bør være strengere i helsetjenesten enn i sosialtjenesten. Det bør være felles sett med bestemmelser, som i stor grad samsvarer med Helsepersonellovens regelsett. Ideelt sett fremstår en generell samordning av Forvaltningslovens og Helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt som beste løsning. Sett i forhold til utvalgets mandat, er forslaget her imidlertid begrenset til å gjelde kommunal sosial- og helseforvaltning. Selv om det foreslås et nytt sett med taushetspliktbestemmelser vil regelverket etter utvalgets oppfatning bli mer oversiktlig for sosial- og helsetjenestens personell og tjenestemottakere. Samtidig vil opplysningene ha samme beskyttelse uavhengig av hvor i systemet de befinner seg.

Bruk av samtykke er hovedprinsippet for å oppheve taushetsplikten i enkelttilfeller, også etter utvalgets forslag til § 9-4. De kommunale sosial- og helsetjenestene favner over et vidt område, og kravet til informasjon og samtykke er proporsjonalt med hvor inngripende handlingen er, opplysningenes sensitivitet og spredning. Samtykke er imidlertid ikke i tilstrekkelig grad egnet til å ivareta interessene til alle mottakere av ytelse etter den kommunale sosial- og helselovgivning. De enkelte sakene gjenspeiler ofte ulike situasjoner hvor de konkrete vurderingene kan fremstå som vanskelige. Innhenting av samtykke kan derfor ha en tendens til å skje rutinemessig og uten den nødvendige konkrete vurderingen. Mangler ved samtykket kan innebære at det har begrenset gyldighet, og således ikke er egnet for å oppnå det formål det er innhentet for.

Det er særlig i forhold til personer som har begrensede muligheter til å forstå hva et eventuelt samtykke innebærer, det fremstår som lite heldig å basere innhenting, registrering, bruk og utlevering av sensitiv informasjon på et slikt hjemmelsgrunnlag. Det er videre viktig å merke seg at personer med behov for kommunal sosial- eller helsehjelp, ofte vil være i en situasjon der de kan føle seg tvunget til å gi opplysninger de helst ville holde for

seg selv. Samtykket får i slike situasjoner derfor sin begrensning.

Pasientrettighetslovens bestemmelser om samtykke på vegne av andre, er ikke optimal i denne sammenheng, se kapittel 9 om samtykke. Utvalget er imidlertid av den oppfatning at regelsettet er et bra utgangspunkt, og det foreslås derfor å gi hovedprinsippene derfra gyldighet for hele den kommunale sosial- og helsetjeneste. Dialog mellom partene vil i mange sammenhenger fremstå som det mest hensiktsmessige, forutsatt at tjenestemottakers eventuelle representant informeres, og det foreligger adgang til reservasjon ("opt. out").

De kommunale sosial- og helsetjenestene er i mange sammenhenger likeartede. Særlig for tjenestemottakere med sammensatt behov synes tjenestene etter de to lovene å ha samme formål. Dette er også utvalgets oppfatning, og gjenspeiles i forslaget til lovtekst § 9-6 hvor det overordnede formål knyttes til "gjennomføring av tjenestetilbudet". Prinsipielt kan det reises spørsmål om hvordan og i hvilket omfang det skal tillates bruk av opplysninger innsamlet til henholdsvis sosial- og helsehjelp, til andre formål enn det de er innsamlet for. Annen aktuell bruk av informasjonen kan ha svært ulike formål, alt fra tilknytning til annen helsehjelp, motvirke materielle skader, hensynet til allmennhetens informasjonsbehov, hensynet til samarbeid med andre eller hensynet til forskning. Det er også aktuelt med kommersielle interesser som for eksempel forsikringsselskaper, hvor helseopplysninger inngår som betingelse for inngåelse forsikringsavtaler. Utvalget har funnet det nødvendig å foreslå en bestemmelse som begrenser bruk av taushetspliktbelagte opplysninger i visse situasjoner. Utvalget gir i forslaget § 9-8 uttrykk for en skepsis til bruk av samtykke som grunnlag for utlevering av opplysninger i tilsetningsforhold, forsikring, kredittvurdering og lignende. Tjenestemottakeren er i slike sammenhenger den "svake" part med behov for ekstra vern om personlige forhold. Utvalget mener derfor at det i utgangspunktet ikke bør være adgang til å utlevere, herunder bekrefte/avkrefte, opplysninger på grunnlag av samtykke alene, men at det i tillegg er behov for nærmere regulering i forskrifts form.

Heller ikke ansatte i den kommunale sosial- og helsetjenesten skal ha tilgang til andre opplysninger om tjenestemottakere enn det de trenger for å utøve sine arbeidsoppgaver ("need to know"). Dette er et grunnleggende element i bestemmelsene om taushetsplikt, og er et krav som også følger av Personopplysningsloven. Begrensninger i informasjonsflyten i den instansen som mottar opp-

lysningene er spesielt viktig sett hen til de mange og varierte oppgaver kommunen utfører. Moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi har et stort potensial for å spre opplysninger. Mer informasjon er tilgjengelig og kan utveksles raskere enn tidligere. I den grad det legges stor vekt på informasjonssikkerheten i systemet, har teknologien også et betydelig personvern fremmende potensial. Utviklingen innen IT-baserte løsninger og bruken av disse muliggjør en annen tilgangskontroll, som i større grad kan samsvare med den enkelte saksbehandlers behov.

Kommunal IT-infrastruktur må, etter utvalgets oppfatning, videreutvikles med basis i prinsippet om at opplysninger i det kommunale systemet ikke skal tilflytte andre enn de som arbeider med den konkrete saken. For å begrense unødvendig spredning av informasjon er det en forutsetning at det legges inn sperrer i systemene som både regulerer hvem i organisasjonen som skal få tilgang til opplysninger om enkeltpersoner, og som regulerer hvor mye informasjon om vedkommende som blir tilgjengelig for én medarbeider. Tilgangen kan for eksempel begrenses til å gjelde enkelte tjenesteytere som arbeider med bestemte saker eller knyttes til et geografisk område, hvor saksbehandler kun får tilgang til opplysninger om tjenestemottakere innenfor et bestemt område i kommunen, for eksempel bydel eller bestemte postnummerserier. Avgrensningen kan også gjøres ved en kombinasjon av geografisk avgrensning, rolleavgrensning med mer. Tilgang kan også være begrenset til at vedkommende kan lese informasjonen, men ikke endre den.

Utvalgets forslag innebærer en vridning av dagens system, som i større grad gjør det mulig å følge tjenestemottakeren på tvers av de tradisjonelle kommunale skiller. Dette kan benevnes som en endring fra vertikal til større grad av horisontal informasjon flyt. Dagens vertikale (fag/etat/personell) begrensning i informasjon flyten er en praktisk tilnæringsmåte ved bruk av papirbaserte løsninger samt eldre og lite funksjonelle IT-systemer. Begrensningen i utvekslingens formål (hhv. nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp og nødvendig for å fremme avgiverorganets oppgaver) og praktiske vanskeligheter med å begrense informasjonsutvekslingen til det som er nødvendig, fremstår som en utfordring i arbeidet med et helhetlig tjenestetilbud.

Som en forutsetning for endring fra en mer vertikalt begrenset, til en horisontal informasjonsutveksling knyttet til tjenestemottakeren, må det gjennomføres en vesentlig innskjerping av kravet om at all informasjonsutveksling skal være begren-

set til det nødvendige ("need to know"). Etter utvalgets oppfatning er bruk av informasjonsteknologi for, på et detaljert nivå, å begrense den enkelte saksbehandlers tilgang til taushetsbelagt informasjon, et vesentlig element for at forslaget kan ivareta formålene på samme måte som dagens system. En horisontal løsning knyttet til den enkelte tjenestemottakers helhetlige behov, ikke organisasjonsform, medfører en vridning i informasjonsutvekslingen. Den totale informasjonsmengden den enkelte får tilgang til skal på denne måten ikke øke, slik at personverninteressen ivaretas. Likevel vil de negative konsekvensene for den enkelte tjenestemottaker kunne være betydelig større enn i dag dersom tjenesteyter går ut over sine fullmakter. Dette fordi tjenesteyter vil ha tilgang til mer informasjon om den enkelte, som kan tenkes benyttet på en kompromitterende måte. Samtidig vil tjenestemottakeren oppleve større grad av "sømløshet" og helhetlig tjenestetilbud i den kommunale sosial- og helseforvaltning. At tjenesteyterens bruk av systemet til enhver tid logges og at loggene gjennomgås og kontrolleres, er et viktig kvalitetssikringsaspekt, og antagelig en forutsetning for tillit i befolkningen.

Utvalget ønsker ikke med dette å legge til rette for en horisontalt inndelt struktur med direkte tilgang til datasystemene i andre organer eller virksomheter. Det er en forutsetning at avgiver aktivt og konkret gjør de nødvendige opplysningene tilgjengelig for samarbeidende personell. En slik aktivitet fra avgiver er en forutsetning også etter dagens regelverk.

Når det gjelder informasjonsutveksling med samarbeidende personell er utvalget av den oppfatning at prinsippet i Helsepersonelloven § 25 og Pasientrettighetsloven § 5-3 fremstår som hensiktsmessig også i denne sammenheng. At dette prinsippet skal være hovedregelen kommer til uttrykk i forslag til lov § 9-6, hvoretter taushetspliktbelagte opplysninger, når det er nødvendig av hensyn til gjennomføringen av tjenestetilbudet, kan utleveres til nærmere angitte grupper samarbeidende personell vedkommende er kjent med, med mindre det er grunn til å tro at tjenestemottaker vil motsette seg dette. Tjenestemottaker får således anledning til å motsette seg utlevering av opplysninger. Da det kan tenkes enkelte situasjoner hvor informasjonsutveksling er påkrevd av helt særskilte hensyn, foreslås ikke tjenestemottakers rett til å nekte gjort absolutt. Sett i denne sammenheng vil det være naturlig at kommunen legger til rette for at tjenestemottakeren kan få ytelse fra annet helsepersonell eller annen saksbehandler dersom det er ønskelig.

Videre er utvalget av den oppfatning at det er viktig å videreføre personelletts aktive og passive plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han eller hun får vite i forbindelse med tjenesten eller arbeidet, se forslaget § 9-2. Plikten til å hindre at opplysningene gjøres kjent for

andre omfatter også krav til oppbevaring av opplysningene. Fysiske begrensninger i manuelle og elektroniske arkiv innen etaten er således også viktig. Taushetsplikten skal gjelde også etter at vedkommende har avsluttet tjenesten eller arbeidet.

Kapittel 13

Informasjonsflyt i sosial- og helsesektoren og bruk av informasjonsteknologi (IT)

13.1 Innledning

Respekt for enkeltindividers integritet står sentralt i sosial- og helsetjenesten. Ivaretagelse av integritet skjer blant annet gjennom lovpålagt plikt om å bevare taushet om tjenestemottakerens personlige forhold. Samtidig er det viktig å erkjenne at det er behov for samhandling på tvers av nivåer/organer om behandling og oppfølging, og at taushetsplikt ikke på en unødvendig måte bør hindre dette når det er i tjenestemottakers interesse. Hensiktsmessig anvendelse av IT i dette samarbeidet er avgjørende for kvalitet og effektivitet i informasjonsutvekslingen. Dette innebærer at det legges til rette for rask og sikker informasjonsutveksling i sektoren. For øvrig må utviklingen av kommunale IT-systemer ses i sammenheng med endringer i organisering og arbeidsprosesser, slik at innsatsen nyttes til og trekker i samme retning som disse.

Taushetsplikt i den kommunale sosial- og helsesektoren er i stor grad knyttet til prinsippene om at opplysningene ikke skal benyttes til andre formål enn de er innhentet for (formålsbegrensning) og ikke være tilgjengelige for andre enn de som har behov for å utøve sine arbeidsoppgaver ("need to know"). Begrenset utlevering til eksterne etater/organer (vertikale skiller) er en konsekvens og en metode for å ivareta denne plikten. Forvaltningsloven oppstiller således et skille ved at det er strengere krav til informasjonsutveksling ettersom det gjelder i eller utenfor organet/etaten. Innen organet/etaten er det tilstrekkelig med en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning, mens det utenfor stilles krav om nødvendighet for å fremme avgiverorganets oppgaver. Etter Helsepersonelloven er reglene noe annerledes. Med mindre pasienten motsetter seg det, kan opplysninger gis til samarbeidende personell når det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, men det skilles ikke etter hvor helsehjelpen ytes eller hvilket organ som yter hjelpen. Taushetsplikt er nærmere omhandlet i kapittel 12.

Samarbeidet innen sosial- og helsesektoren er preget av at informasjonsflyten, sett i sammenheng

med arbeidsoppgavene, ikke er optimal. Behov for utveksling av taushetspliktbelagt informasjon kan begrunnes i flere forhold, både personlige, organisatoriske og allmenne. I den grad det ansees nødvendig å videreformidle personidentifiserbar informasjon, skal informasjonsmengden likevel begrenses til det som er nødvendig i det enkelte tilfellet. Informasjonsutveksling i kommunen skjer i stor grad på måter som er tidkrevende, og tidvis også usikre. Utvekslingen skjer gjerne delvis papirbasert og delvis elektronisk. I tillegg er det anført at kvaliteten på informasjonen som utveksles ofte ikke er god nok, se Rognstad og Strand 2004. Informasjonen kan være upresis, mangelfull, irrelevant og kan oppbevares på ulike steder også innen en virksomhet.

Problemer knyttet til innføring av nye IT-systemer som ivaretar behovene for samarbeid, utveksling av informasjon og tilfredsstillende informasjonssikkerhet er ikke primært knyttet til teknologiske muligheter. Valg av teknologisk løsning, organisering av virksomheter og arbeidsprosesser, kompetanse, juss, kultur og økonomi er alle vesentlige aspekter ved realisering av samarbeid ved bruk av elektroniske virkemidler.

Helhetlig satsing på IT antas å være et virkningsfullt tiltak for styrket kvalitet og effektivitet i sosial- og helsesektoren. Det foreligger imidlertid en rekke problemstillinger som må avklares dersom det skal bli noen muligheter for effektiv utnyttelse av felles IT-infrastruktur for kommunale sosial- og helsetjenester.

13.2 Nødvendig informasjonsflyt

En vesentlig del av informasjonen som følger tjenestemottaker er underlagt taushetsplikt og ansett som sensitiv i Personopplysningslovens terminologi. Informasjonen må sikres mot innsyn fra uvedkommende og uautoriserte endringer (konfidensialitet og integritet). Samtidig må fullstendig, oppdatert, korrekt og relevant informasjon være tilgjengelig for dem som har berettiget behov for

denne (sikring av informasjonens kvalitet og tilgjengelighet).

Informasjonsflyten i de kommunale sosial- og helsetjenestene er begrenset av reglene om taushetsplikt. Samtykke fra tjenestemottaker er hovedreglen for å oppheve taushetsplikten i enkelttilfeller. Det er imidlertid et mål at tjenestemottakers møte med sosial- og helsetjenestene oppleves som koordinert. Det er ønskelig at relevant informasjon skal følge tjenestemottaker i de kommunale sosial- og helsetjenestene, herunder at informasjon knyttet til flere forhold er tilgjengelig når det er nødvendig. Slik kan det unngås at informasjonen må innhentes gjentatte ganger. Dette forutsetter hensiktsmessig informasjonsflyt i sektoren, som igjen innebærer funksjonell infrastruktur, informasjonsstruktur, informasjonssikkerhet, elektroniske journaler, meldingsutveksling og tilgang til fagstøtte.

IT er på den ene siden et sårbart verktøy. Konfidensialitetsbrudd kan få store konsekvenser, for eksempel hvis personlig journalinformasjon distribueres på Internett. Moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi har således et stort potensial for å spre opplysninger ved at mer informasjon er tilgjengelig og kan utveksles raskere enn tidligere. På den annen side introduserer IT-løsninger nye og bedre muligheter for informasjonssikkerhet. Tekniske sperrer kan på forhånd sørge for at bare autoriserte får tilgang til informasjon, og sporingsmekanismer kan i etterkant brukes til kontroll. IT-løsninger bedrer dessuten tilgang til oppdatert informasjon om den enkelte tjenestemottaker, noe som igjen kan heve kvaliteten i tjenesteytingen og saksbehandlingen.

Informasjon som kan være aktuell å utveksle er innsamlet i forbindelse med tjenesteytingen etter henholdsvis Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Pasientjournalen er kjernen i informasjonsflyten i helsetjenesten. Det kan reises spørsmål om hvordan og i hvilket omfang det skal tillates bruk av opplysninger innsamlet til henholdsvis helsehjelp og sosiale tjenester, til andre formål enn det de er innsamlet for. Forvaltningsloven § 13b nr. 2 og Personopplysningsloven § 11 bokstav c begrenser til en viss grad adgangen til å benytte opplysningene til andre formål enn det de er innsamlet for. Også i Forvaltningsloven § 13b nr. 5 ligger en formålsbegrensning i at informasjonsutvekslingen skal fremme avgiverorganets interesser.

De kommunale sosial- og helsetjenestene er imidlertid i mange sammenhenger likeartede, slik at et skille mellom tjenestene kan fremstå som unaturlig. For en tjenestemottaker med behov for flere

ulike og koordinerte tjenester, kan det virke unaturlig å legge til grunn at tjenestene etter de to lovene har forskjellige formål.

For at overføring av opplysninger fra en etat til en annen skal fremstå som et gode for tjenestemottakeren, må informasjonen håndteres forsvarlig. Informasjonsflyten må være hensiktsmessig og veldefinert, og det må foreligge begrensninger i informasjonsflyten i den etaten som mottar opplysningene. Dette er spesielt viktig sett hen til de mange og varierte oppgaver kommunen utfører. Opplysningene kan tenkes brukt i mange andre sammenhenger. Det vil også være viktig at opplysninger som overføres fra en tjeneste til en annen innen de kommunale systemer ikke tilflyter andre enn de som arbeider med den konkrete saken.

Som omtalt i kapittel 5 har det skjedd en utvikling som har medført et større behov for samarbeid mellom spesialisthelsetjenester, allmennleger, pleie- og omsorgstjenester med videre. Bruk av elektroniske løsninger i samarbeidet er naturlig, og avgjørende for at den nødvendige informasjonsflyten kan skje raskt og innen sikre rammer. For eksempel vil telemedisinske løsninger kunne gi nye muligheter for blant annet overvåkning og medisinerings i eget hjem som et alternativ til innleggelse.

”Gevinster ved elektronisk samarbeid i sosial- og helsesektoren ligger i liten grad i selve teknologien og den automatisering IT medfører. Gevinstene, både i forhold til kvalitet og effektivitet, vil først realiseres når elektroniske løsninger kombineres med endrede arbeidsprosesser og eventuelt ny arbeidsdeling mellom virksomheter.” S@mspill 2007 - Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren, side 7

13.3 Kort om informasjonssikkerhet og tilgangskontroll

Det må foreligge forutsigbarhet og trygghet for at informasjonssikkerheten ivaretas av aktørene som samarbeider i og med kommunal sosial- og helsesektor. Forutsigbarhet innebærer både å vite hvem man sender til og mottar informasjon fra og hvilke tiltak for å sikre informasjonen vedkommende kan forventes å ha. Ved å legge stor vekt på informasjonssikkerheten i systemet, har teknologien et betydelig personvern fremmende potensial. Utviklingen innen IT-baserte løsninger og bruken av disse muliggjør en annen tilgangskontroll enn for eksempel ved papirbaserte løsninger, noe som i større grad enn tidligere kan samsvare med den enkelte saksbehandlers behov. Den videre utvik-

lingen og innføringen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunal sektor vil kunne føre til at personopplysninger vil følge andre løp enn tidligere, og at andre personer vil bli involvert. Noen av utfordringene som reiser seg kan møtes med tekniske virkemidler.

Den generelle bestemmelsen om informasjonssikkerhet følger av Personopplysningsloven § 13. Bestemmelsen pålegger kommunen, gjennom planlagte og systematiske tiltak, å sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet ved behandling av personopplysninger. For å oppnå tilfredsstillende informasjonssikkerhet skal den behandlingsansvarlige og databehandleren dokumentere informasjonssystemet og sikkerhetstiltakene. En kommune som lar andre få tilgang til personopplysninger, for eksempel en databehandler eller andre som utfører oppdrag i tilknytning til informasjonssystemet, skal påse at disse oppfyller kravene ovenfor. Tilsvarende følger av Helseregisterloven § 16.

Bestemmelsen om å sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet angir ikke et konkret sikkerhetsnivå. Ulike behandlinger av personopplysninger vil kreve ulike nivå for så vel de tekniske som de organisatoriske tiltakene. Den ansvarlige har derfor ansvar for å vurdere hvilket sikkerhetsnivå som er nødvendig for å ivareta de ulike aspektene konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet.

”Det har vært vesentlig å harmonisere regelverket på informasjonssikkerhetssiden med de bestemmelsene som gjelder for all annen behandling av personopplysninger. Som faginstans har Datatilsynet en hovedoppgave å formulere overordnede sikkerhetsbehov. Det ville ikke vært ønskelig med en utvikling av forskjellig sikkerhetsnivåer mellom ulike samfunnssektorer, og dermed få en situasjon med inkompatibilitet mellom disse. De som er underlagt kravene i personopplysningsloven vil kunne komme i en situasjon som hindrer kommunikasjon med institusjoner som har lavere sikkerhetsnivå enn det som er etablert i medhold av bestemmelsene der.”

Engelschjøn m.fl. 2002, side 99

I Helsepersonellovens og Sosialtjenestelovens krav om taushetsplikt ligger en forutsetning om at ansatte i den kommunale sosial- og helsetjenesten ikke skal ha tilgang til andre opplysninger enn det de trenger for å løse sine arbeidsoppgaver. Dette er også nært knyttet til kravet om faglig forsvarlighet. For å begrense unødvendig spredning av informasjon, kan det legges inn sperrer i systemene som

både regulerer hvem i organisasjonen som skal få tilgang til opplysninger om enkeltpersoner, og som regulerer hvor mye informasjon om tjenestemottakeren som blir tilgjengelig for den enkelte tjenesteyter. Tilgangen kan begrenses til å gjelde de tjenesteyterne som arbeider med bestemte saker, eller slik at den kun gjelder lesing, og ikke endring, av informasjon. Begrensningene kan ellers knyttes til geografiske områder, hvor tjenesteyter kun får tilgang til opplysninger om tjenestemottakere innenfor et bestemt område i kommunen, for eksempel bydel eller bestemte postnummerserier. Avgrensningen kan også gjøres ved en kombinasjon av geografisk avgrensning og rolleavgrensning. For øvrig kan tidsfaktor være en nyttig parameter, ettersom det kan være ulikt behov for tilgang til avsluttede saker. Denne type begrensninger forutsetter et relativt enkelt system for aktualisering og detaljert loggføring av oppslag.

Som et enkelt bilde på mulighetene for tilgangsbegrensning kan papirskjemaet som brukes av leger ved sykemelding benyttes. Skjemaet inneholder grunnopplysninger og mer detaljert informasjon, og består av flere sider med gjennomslagsark med ulike skraverter felter. Informasjon om tjenestemottakere er på denne måten inndelt i flere ”lag”, hvor tilgang til ”lag” er avgjort etter behov. På denne måten sikres at de enkelte mottakere bare får nødvendig informasjon. I S@mspill 2007 - Elektronisk samarbeid i sosial- og helsesektoren gis det uttrykk for at det bør gjøres en analyse av hvordan felles IT-løsninger mellom ulike sosial- og helsetjenester bør struktureres. En slik struktur må ikke hindre sperring av tilgang til opplysninger for personell som ikke har et tjenestelig behov for denne tilgangen, og må være dynamisk i forhold til tjenestear, tid, sted, situasjon og personellets rolle. Videre må det foreligge protokoller for loggføring av adgang som sikrer at internkontrollen kan fungere.

Tilgangsbegrensning internt i kommunale etater etter ”need to know-prinsippet” har i mange sammenhenger ikke blitt tillagt tilfredsstillende vekt. Mange ansatte i den kommunale sosial- og helsetjenesten har tilgang til taushetspliktbelagte opplysninger om andre personer enn de har behandler/saksbehandlerforhold til. Den aktive plikten til å hindre at opplysninger tilkommer personer som ikke har behov for disse for å utføre sine arbeidsoppgaver, er da i begrenset utstrekning oppfylt av ledelsen. Det manglende fokus på prinsippet om tilgang til opplysninger etter hvilket behov den enkelte ansatte har, kan ha sammenheng med formuleringen i Forvaltningsloven § 13b nr. 3. Av bestemmelsen følger at taushetsplikten

ikke er til hinder for at opplysninger er tilgjengelige for andre tjenestemenn innen organet eller etaten i den utstrekning som trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning. En større grad av overføring av opplysninger mellom helsetjenesten og sosialtjenesten forutsetter at det må foretas andre vurderinger i forhold til hensiktsmessigheten i arbeids- og arkivordninger, for å ivareta enkeltindividets interesser på en tilfredsstillende måte.

I et system med detaljert tilgangsbegrensning er det en forutsetning at tilgangen kan endres ved behov, også ved å gi utvidet tilgang i enkeltsaker. Systemet må imidlertid være slik at det i tillegg til å stole på at den enkelte medarbeider ikke tilegner seg unødvendig informasjon (den enkeltes integritet), har tekniske begrensninger. Disse begrensningene skal utgjøre et hinder, en ekstra terskel, som skal kunne endres ved behov. Tillitshensyn tilsier imidlertid at endringsprosedyrer ikke kan utføres av saksbehandler alene, men må involvere andre personer. Logging av bruk, og kontroll av loggene, er et kvalitetssikringsaspekt. Plikten til å hindre at opplysningene gjøres kjent for andre omfatter også krav til oppbevaring av opplysningene. Fysiske begrensninger i manuelle og elektroniske arkiv innen etaten er således også viktig.

”Pasienter, brukere og pårørende, apotek og kommunal sosial- og helsetjeneste er aktører som må inkluderes tettere i samarbeidet. Disse er prioritert på bakgrunn av IT-modenhet og behov for elektronisk samarbeid med allerede utviklede områder.” S@mspill 2007 - Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren side 3

13.4 Videre utvikling og behovet for samarbeid

Ulike teknologiløsninger og mangel på standarder vanskeliggjør samarbeid både innen og mellom kommuner. Situasjonen i dag er preget av ulike tekniske løsninger som mangler felles grensesnitt og manglende elektroniske tjenester. Ved etablering av hensiktsmessige kommunale IT-løsninger må de mange ulike systemene som til sammen utgjør det kommunale IT-nettverket samordnes. Samhandling krever at systemene kan ”sam snakke”. Flere ulike strategier for integrasjon er aktuelle, fra en overbygning over aktuelle systemer med et felles brukergrensesnitt, til en mer grunnleggende integrasjon mellom systemene.

IT-investeringer og bruk av elektroniske kommunikasjonsformer i samarbeidet kan møte mange av utfordringene knyttet til informasjonsflyt og res-

sursutnyttelse. Kommunen har selv ansvar for å utnytte mulighetene som ligger i ny teknologi. Mange kommuner har investert i elektroniske dokumentasjonssystemer, mens andre ikke har prioritert dette. Dette har medført forskjeller mellom kommunene. I den grad midler av betydning er investert i IT i sektoren, er investeringenes potensial utnyttet i begrenset grad. Papirbaserte og IT-baserte løsninger eksisterer ofte side om side, og innebærer dobbeltarbeid og tvetydighet i håndtering av informasjon. Før de store gevinstene knyttet til hensiktsmessig bruk av IT i sosial- og helsesektoren kan innhentes, må papirbaserte løsninger avvikles der elektroniske løsninger er innført. I denne sammenheng er det behov for å ivareta helhet og sammenheng ved å vektlegge felles standarder og god informasjonsflyt mellom ulike løsninger. For øvrig er det viktig at utviklingen av IT henger sammen med organisasjonsutviklinger, endringer i arbeidsprosesser og nye former for samarbeid og arbeidsdeling.

En stadig større del av sosial- og helsesektoren benytter kommunikasjonsteknologi i samarbeidet. Samtidig er gode elektroniske løsninger fortsatt mangelfulle. I allmennlegetjenesten brukes gjennomgående elektronisk pasientjournal systemer (EPJ), men mye gjenstår i øvrige deler av sosial- og helsetjenesten. Så langt er bruk av elektroniske kommunikasjonsformer i samarbeidet i hovedsak utviklet mellom helseforetak, allmennleger og trygdeetaten. Kontaktflaten med kommunal sosial- og helsetjeneste har vært begrenset. IT-modenhet og behov for å samarbeide ved bruk av denne type teknologi tilsier imidlertid at det utvikles gode løsninger for slikt samarbeid også for denne sektoren.

I arbeidet med en samordnet forvaltning innenfor disse tjenestene, er utarbeidelse av en strategi for å få frem gode IT-løsninger en grunnpilar. Utvikling av slike løsninger forutsetter at de baseres på tjenesteyters og tjenestemottakers behov, og ikke ensidig styres av teknologiutviklingen. Tjenesteyterne må, i et tett samarbeid med IT-leverandører, delta aktivt i utforming av nye løsninger. Hele det kommunale informasjonsbehandlingssystemet må underlegges en sårbarhets- og risikoanalyse med det formål og av den art som Personopplysningsloven stiller krav om. Dette er en særlig utfordring metodisk sett i systemer som i mange år framover utvilsomt vil bestå av elektronisk lagret informasjon kombinert med til dels betydelige mengder papir- og billedbasert informasjon.

Ut over rapporteringsstandarder av mer teknisk art, er det behov for en gjennomgang av hvilke data som skal være tilgjengelige i fellesskap mellom ulike tjenesteytere, hvordan disse skal

overføres, informasjon om overføring til aktuelle pasienter osv. Som et ledd i en slik type arbeid har for eksempel Ullevål universitetssykehus HF (UUS) etablert en såkalt journalkomité, som faglig inkluderer medisin/helse, jus, IT og sikkerhet. Komiteen har utviklet og vedlikeholder sykehusomfattende journaldokumenter som setter føringer for struktur, håndtering og tilgang til journal ved etablering av sykehusstyrende dokumenter og setter krav til leverandører av journalsystemer.

Felles tenking omkring standarder som kan legges til grunn for oppfylging av eventuelle funksjonelle krav om elektronisk avrapportering av aggregerte data på tjenesteyternivå, er i begrenset grad utviklet. Dette dreier seg ikke bare om data med et administrativt formål som for eksempel KOSTRA (KOMMune-STat-RApportering), men også data til bruk i faglig kvalitetsmonitorering. Eksempler på dette kan være legemiddelbruksmønster og rekvisisjonsmønster. Det forutsetter også arbeid med standardisering og begrepsavklaringer i sosial- og helsesektoren. Arbeidet med definisjonskataloger, standarder, kodeverk, klassifikasjoner og termer må utvikles videre, eventuelt oversettes og tilpasses norske forhold der IT-systemene er utviklet i utlandet. Dette arbeidet er viktig i forhold til at ulike definisjoner av sentrale begreper skaper feil og misforståelser i forbindelse med statistikkproduksjon og elektronisk samarbeid.

13.5 Utvalgets vurdering

Nødvendigheten av og behovet for samarbeid i og mellom forvaltningsorganer og forvaltningsnivåer vil med stor grad av sannsynlighet øke i tiden fremover, jf. punkt 13.2. At IT i større grad benyttes som verktøy i et slikt samarbeid, er etter utvalgets oppfatning en forutsetning for å sikre den nødvendige informasjonsflyten i tjenestene. Det vil også fremstå som ønskelig og hensiktsmessig at det arbeides for å legge til rette for bruk av enkelte telemedisinske løsninger, som vil kunne gi nye muligheter for blant annet hjelp og medisinering i eget hjem.

Som tidligere nevnt innehar sosialtjenesten i mange sammenhenger opplysninger om tjenestemottakere som oppleves som like sensitive eller belastende som helsevesenet. For utvalget er det viktig at nødvendige opplysninger følger den enkelte tjenestemottaker i den kommunale sosial- og helsetjenestes tiltakskjede, og at opplysningene er underlagt samme beskyttelse uavhengig av hvor i systemet de befinner seg. Dagens system, med stor grad av vertikal (fag/etat/personell) begren-

ning i informasjonsflyten, fremstår som en praktisk tilnæringsmåte ved bruk av papirbaserte og "gamle" (lite funksjonelle) IT-systemer. Utvalget er imidlertid av den oppfatning at nye regler ikke må baseres på begrensningene i dagens IT-systemer, men legge til rette for en forventet teknisk utvikling. Lovforslages kapittel om taushetsplikt ivaretar dette.

Det har hittil vært et ønske om at elektronisk basert informasjon (journaler m.v.) har et format mest mulig likt tidligere papirbasert informasjon. Det synes som om de vurderinger som ligger til grunn for denne antagelsen, ikke kan begrunnes tilfredsstillende i et sikkerhetsteoretisk- og empirisk perspektiv. Eksempelvis er det vanskelig å finne viktig informasjon mellom 100 journalsider på skjerm, mens helsepersonell gir uttrykk for at dette ikke er spesielt komplisert i en papirjournal. Det fremstår som nødvendig å ta hensyn til dette ved sikkerhetsmessige vurderinger av om det er forsvarlig å skifte fra papirbaserte ordninger for dokumentasjon til elektroniske "kopier" av den samme dokumentasjonen. Slike forhold bør både vurderes i et forskningsperspektiv, for eksempel ved bruk av MTO-tilnæringer (menneske-teknologi-organisasjon), og i forbindelse med omlegginger av enkeltssystemer. Det er et inntrykk at vurderinger ved omlegginger i langt større grad gjøres ut fra effektivitetsbetraktninger uten at sikkerhetsaspektene (både personvern og faglig forsvarlighet) tillegges tilstrekkelig vekt.

Dagens regelverk gjør det mulig å utveksle opplysninger og la opplysninger følge tjenestemottakeren. Utvalgets forslag til endringer vil imidlertid gjøre dette enklere. Dette bør etter utvalgets oppfatning kunne la seg gjøre på en måte hvor fordelene som forventes oppnådd i vesentlig grad overstiger en potensielt økt risiko for opplysningenes konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Realisering av dette forutsetter imidlertid investeringer i IT og kunnskap. Kommunen må kjenne eget behov og kunne anvende lovverket, noe som krever kompetanse på egen bruk av opplysninger. Løsningene krever sterkere og mer findelte mekanismer for å realisere behovene, noe som krever IT-kompetanse. Videre er det viktig at leverandørene får endrede krav presentert så tidlig som mulig.

Sektoromfattende journaldokumenter setter krav til tilgangsstruktur og rettigheter som oppde-ler funksjoner for tilgang i roller. Informasjonsteknologi er egnet til, på et detaljert nivå, å begrense den enkelte saksbehandlers tilgang til taushetsbelagt informasjon. På denne måten kan kravet om at all informasjonsutveksling skal være begrenset til

det nødvendige innskjerpes ("need to know"). Informasjonstilgang kan i større grad enn med et papirbasert system oppdeles etter den enkeltes behov og rolle, etter geografi, hvor informasjon er lagret i "små enheter" som er identifiser- og autentiserbare. Samtidig vil tjenestemottakeren oppleve større grad av sømløshet og helhetlig tjenestetilbud i den kommunale sosial- og helseforvaltning. En horisontal løsning er knyttet til den enkelte tjenestemottakers helhetlige behov, ikke organisasjonsform medfører en vridning i informasjonsutvekslingen. Den enkelte saksbehandlers tilgang til opplysningsmengden, totalt sett, behøver ikke å endres. Likevel vil konsekvensen for den enkelte tjenestemottaker kunne være betydelig større enn i dag dersom saksbehandleren går ut over sine arbeidsoppgaver. Dette fordi tjenesteyteren vil ha tilgang til mer informasjon om den enkelte, som kan tenkes benyttet på en kompromitterende måte. Det er en forutsetning for utvalget at de nødvendige teknologiske sperrer er implementert før løsningen i dette forslaget kan ivareta formålene på samme måte som dagens system.

Utvalgets forslag med større grad av en horisontalt inndelt struktur, forutsetter at det ikke kan benyttes løsninger som gir andre etater eller virksomheter direkte tilgang til datasystemene. Avgiverorganet må aktivt og konkret gjøre de nødvendige opplysningene tilgjengelig. Kommunens ansvar for å etablere systemer som beskytter taushetspliktbelagte opplysninger mot innsyn fra andre enn dem som trenger dette i sin tjeneste, er presisert i utkastet § 9-2 nr. 2. Det ligger en utfordring i å begrense tilgangen til taushetspliktbelagte opplysninger til det som er nødvendig i de konkrete tilfeller. Endringer i taushetspliktstrukturen forutsetter klar og entydig bruk av opplysninger, hvor bare de som har behov for opplysningene skal få tilgang til dem. Likevel vil bruk av IT også kunne gi muligheter for bedre tilgjengelighet til opplysninger for de som har behov for opplysningen, ved at nødvendige opplysninger er tilgjengelig for eksempel i en elektronisk journal. For øvrig er det viktig med systemer som registrerer (loggfører) hvem som har vært inne i systemet, og hva vedkommende har gjort.

Utvikling av kommunale IT-strukturer vil kunne innebære kvalitetsheving, effektivisering og kostnadsbesparelser. Det er således et viktig element i den videre utviklingen av sosial- og helsesektoren. Bruk av IT i samarbeidet mellom ulike ledd i tjenesteyting og forebyggende virksomhet er omfattende og økende, men nytteverdien vil antagelig først bli realisert fullt ut gjennom endringer av rutiner og videre organisasjonsutvikling.

Investeringskostnader må ses i sammenheng med forslagene i S@mspill 2007 - Elektronisk samarbeid i sosial- og helsesektoren og den generelle utviklingen i bruk av IT i kommunene.

Ullevål universitetssykehus HF (UUS) har overfor utvalget gitt uttrykk for noen erfaringer med dagens løsninger. Utvalget legger til grunn at disse erfaringene ikke avviker i betydelig grad fra de øvrige helseforetakene, og at de også vil være relevant for kommunesektoren. I forhold til leverandører av løsningene ga UUS uttrykk for at disse i begrenset utstrekning var kjent med lovverket, og at systemene som selges har flere mangler. Styrken på tilgangskontrollen blir gjerne for svak og tilgangen er heller ikke findelt nok. Når stadig større mengder sensitive opplysninger er samlet, setter det større krav til å ivareta taushetsplikten. Fordyrende sikkerhetsmekanismer i de tekniske løsningene som kan ivareta disse problemene inngår ikke som en del av dagens standardssystemer, og forutsetter særskilt forespørsel fra kundene. Kjøp av produkter som ivaretar de nødvendige krav, forutsetter således betydelig kunnskap om kommunale behov og informasjonssikkerhet.

Erfaringene knyttet til samordningsproblematikken i sykehussektoren tilsier etter utvalgets oppfatning at sentrale myndigheter bør inneha en aktiv rolle i utviklingen for å sikre at tjenestemottakers behov ivaretas, og at løsningene spiller sammen nasjonalt. Dette omfatter også felles informasjonsstruktur i form av kodeverk, termer og lignende. En betydelig del av landets kommuner er små og har svært begrenset kunnskap om IT generelt og informasjonssikkerhet spesielt. Standardisering og styring av endringsprosessene bør derfor skje både på nasjonalt og lokalt nivå. Kommunenes sentralforbund (KS) bør også ha en aktiv rolle i dette arbeidet. Dette vil kunne gi kommunene et felles kunnskapsgrunnlag og bidra til at løsningene som innføres kommuniserer godt med hverandre og med løsningene til andre sentrale samarbeidspartnere. Dersom hver enkelt kommune alene skal beslutte innføringstempo og valg av IT-løsninger, er det ikke usannsynlig at de samme problemer som har gjort seg gjeldende i sykehussektoren vil gjentas. I sykehussektoren finnes en rekke ulike IT-løsninger som ikke kan kommunisere seg imellom, noe som kompliserer samarbeidet nasjonalt og mellom behandlingsnivåene.

Som et alternativ til forpliktende samarbeidsmodeller kan det være hensiktsmessig å trekke erfaringer fra arbeidet med utviklingen av en bransjenorm for informasjonssikkerhet. Arbeidet ble påbegynt for helsesektoren i 2003, og normen skal under S@mspill 2007 ferdigstilles og implemente-

res i sektoren. Bransjenormen skal definere et sett med minstekrav til informasjonssikkerhet i sektoren. Normen skal gi helsesektoren en felles forståelse og et felles nivå for sikkerhetstiltak, og avtale- og kontrollbehovet i forbindelse med elektronisk

samarbeid vil reduseres vesentlig. En forutsetning for at bransjenormarbeidet skal lykkes, er at informasjonssikkerhet og bransjenorm forankres både hos ledelse og de som i praksis arbeider med personopplysninger.

Kapittel 14

Krav om planer, konsekvensutredninger og tilsyn

14.1 Innledning

Kommunene er pålagt å utarbeide planer med betydning for sosial- og helsetjenestene, konsekvensutredninger og internkontroll som en del av den kommunale egenkontroll med at regelverket etterleves. Gjennom tilsyn påser sentrale myndigheter at myndighetskravene etterleves.

Plan- og bygningsloven oppstiller krav om langiktig og sektorovergrepene planlegging. I tillegg er det gitt en rekke krav om sektorvise planer, herunder for tildeling av enkelte tilskudd. Kommunal- og regionaldepartementet har, i retningslinjer for fremtidig statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, gitt uttrykk for et syn om at sektorvise plankrav initiert fra statlig hold binder opp ressurser. Kommunesektorens egen initiativrolle når det gjelder planlegging og intern samordning blir dermed svekket. Videre er det gitt uttrykk for at utarbeidelse av planer binder store administrative ressurser i kommunene og utvikler et statlig byråkrati for kontroll av utarbeidede planer. Som alternativ til plankrav er det derfor anført at staten i større grad bør benytte veiledning i planlegging og gå i dialog om hensiktsmessige løsninger og utvikling av gode eksempler.

De fleste faktorer som påvirker folks helse og trivsel ligger utenfor rekkevidden til sosial- og helsesektoren selv. Kommunale planer, private og offentlige tiltak og virksomheter medfører ofte betydelige endringer i befolkningens omgivelser. Enten slike forandringer blir påført innbyggerne, eller innbyggerne oppsøker dem, er det viktig å utrede hvilke forandringer som er sannsynlige, og hva det kan innebære. Dette behovet søkes ivare tatt gjennom Plan- og bygningslovens krav om konsekvensutredninger.

Kontroll og tilsyn av kommuner kan være intern (utføres av kommunen selv) eller ekstern (utføres av statlige aktører). Sammenhengen mellom kommunal egenkontroll og statlig tilsyn (med lovbestemt internkontroll) inngår i spenningsfeltet mellom lokal handlefrihet og statlig styring. Detaljert statlig tilsyn markerer statlig nasjonalt ansvar og kan tone ned det lokale ansvar. Vektlegging av kommunal egenkontroll markerer og tydeliggjør

lokalt ansvar. Bestemmelser om egenkontroll er gitt i Kommuneloven, mens bestemmelser om internkontroll er gitt i blant annet sosial- og helse-lovgivningen.

Plikt til å utarbeide internkontroll er i seg selv ikke tilstrekkelig garanti for at kommunene til enhver tid oppfyller sine lovpålagte plikter. I arbeidet med å sikre forsvarlige sosial- og helsetjenester, er det også nødvendig med utstrakt aktivitet fra tilsynsmyndighetene. Kravet om internkontroll representerer her et forenkelt element. Tilsyn kan karakteriseres som sentrale myndigheters utadrettede virksomhet for å påse at myndighetskravene etterleves. Tilsynsoppgavene knytter seg primært til å føre oppsyn med den enkelte tjenesteutøver og med de virksomhetene som tjenestene leveres gjennom. I de senere årene har en i stadig større grad gått bort fra det tradisjonelle inspeksjonstilsynet der tilsynsmyndigheten oppsøker enkeltinstitusjoner. Dette er erstattet av prinsipper om egenkontroll og et tilsyn som fokuserer på forbedringsprosesser. I sosial- og helsetjenesten benyttes i stor grad systemrettet tilsyn (systemrevisjon). Dette innebærer en systematisk granskning av kommunens virksomhet innenfor et eller flere på forhånd angitte områder. Oppmerksomheten til tilsynet rettes inn i den kommunale ansvarskjeden med spørsmål om hvordan kommunen arbeider for å sikre at nærmere angitte krav til tjenestene blir overholdt.

14.2 Kort om kommunale plankrav

Etter Kommuneloven § 5 om kommunal og fylkeskommunal planlegging skal kommunen utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomhet (kommuneplan). Dette omfatter sosial- og helsetjenestene. Videre plikter kommunen å utarbeide en beredskapsplan for sosial- og helsetjenestene i samsvar med Lov om helsemessig og sosial beredskap, jf. Sosialtjenesteloven § 3-6 og Kommunehelsetjenesteloven § 1-5.

Kommuneplanen skal bygge på en realistisk vurdering av den forventede utvikling i kommu-

nen og av de økonomiske ressurser som vil stå til rådighet. Nærmere bestemmelser om kommunepolan er gitt i Plan- og bygningsloven. Det følger av Plan- og bygningsloven § 20-1 om kommunal planlegging at kommunene skal utføre en løpende planlegging med sikte på å samordne den fysiske, økonomiske, sosiale, estetiske og kulturelle utvikling innenfor sine områder. Kommuneplanen skal inneholde en langsiktig og en kortsiktig del. Den langsiktige delen skal omfatte mål for utviklingen i kommunen, herunder retningslinjer for sektoriell planlegging. Den kortsiktige delen skal omfatte et samordnet handlingsprogram for sektorenes virksomhet de nærmeste år.

Konkret hva det skal planlegges for må kommunene i stor grad selv avgjøre, blant annet på grunnlag risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser). Graden av risiko og sårbarhet er preget av lokale forskjeller, herunder farlig industri eller om området er utsatt for flom, ras eller ekstremt vær. Kommunen skal sørge for å analysere risiko og sårbarhet i egen virksomhet, i forhold til det samfunnet som skal betjenes, og være forberedt på de ulike typer av hendelser som kan oppstå. Slike analyser må utarbeides i nært samarbeid mellom de ulike instanser. Analysene skal være grunnlag for iverksettelse av tiltak for å redusere sårbarheten i egne systemer, samt etablering av internkontrollsystem og kriseplaner for å sikre oppfølging av arbeidet.

Beredskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. Lov om helsemessig og sosial beredskap trådte i kraft 1. juli 2001, og erstattet Helseberedskapsloven fra 1955. Den nye loven er en samlet beredskapslov som omfatter alle sosial- og helsetjenester, og bestemmelsene i loven kan gjøres gjeldende både under kriser i fred og i krig. Helsetjenesten har ikke bare beredskapsoppgaver med hjemmel i beredskapslovgivningen. Kravene om evne til å yte akutt hjelp i helsetjenestelovgivningen og flere av kravene i Smittevernloven har tydelig beredskapspreg over seg.

Helsetjenestens tillitt er i stor grad avhengig av at kriser og katastrofer av større eller mindre art takles på en tilfredsstillende måte. Beredskapsplanlegging for å håndtere de daglige utfordringene er derfor et krav. I krig, kriser eller katastrofer, kan det være nødvendig å treffe svært vanskelige valg i møtet med mennesker som har behov for tjenester. Avgjørelser om for eksempel betydelig strengere prioriteringer må til enhver tid fattes på et etisk og faglig forsvarlig grunnlag. Dette vil være vanskelig dersom det ikke foreligger rutiner

og de ansatte er i stand i å følge overordnede prioriteringer også i pressede situasjoner.

Kravet om beredskapsplan gjelder for de sosial- og helsetjenestene kommunen skal sørge for et tilbud av, eller er ansvarlig for, herunder smittevern. Beredskapsplanen skal også omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenestene. Videre skal beredskapsplaner på sosial- og helseområdet samordnes med øvrige kommunale beredskapsplaner, jf. Kommunehelsetjenesteloven § 1-5 og Sosialtjenesteloven § 3-6.

Smittevernlovens § 7-1 pålegger kommunene å ha planlagt smittevern. Det følger også av § 7-2, 2. avsnitt bokstav a at kommunelegen (smittevernlegen) skal utarbeide forslag til plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og tiltak. Kommunelegen fremmer forslag til plan og tiltak, men det er kommunen som avgjør hvilke ressurser som skal brukes til oppgaver som helsetjenesten er pålagt etter Smittevernloven.

Et krav om egen plan for sosial- og helsetjenesten ble opphevet fra 1. juli 2003. Kommunene skal fremdeles ha en smittevernplan med beredskapsplan(er), men denne planen trenger ikke lenger nødvendigvis være en egen del av planen for kommunes sosial- og helsetjeneste. Videre skal plankravet sees i sammenheng med Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a, som stiller krav om at kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Smittevernloven er på mange måter en beredskapslov i seg selv fordi den legger føringer for å hindre og motvirke smittsom sykdom ved utbrudd i tillegg til at den bygger på forebyggelse i normalsituasjonen. Smittevernberedskap fordrer planlegging for ekstraordinære situasjoner. Hvor omfattende planene skal være, må baseres på en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS analyse). Generelt kan det bemerkes at det både i forhold til planlegging av smittevern og beredskap vil være forskjellige krav til en liten kommune og en stor bykommune. Kommunene må i utgangspunktet selv ut fra risiko- og sårbarhetsvurderinger vurdere hva som skal legges til grunn for planarbeidet. Dette følger av Smittevernloven § 7-1, 3. avsnitt, Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a i forhold til smittevernet og § 3 i Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid etter lov om helsemessig og sosial beredskap. Smittevernberedskapen vil være del av sosial- og helsetjenestens beredskapsarbeid.

14.3 Konsekvensutredninger

Konsekvensutredning er et sektorovergripende verktøy, som har til formål å bidra til et bedre beslutningsgrunnlag. Fordeler og ulemper som en planlagt handling kan ha for hele eller deler av befolkningen skal dokumenteres systematisk i en slik utredning. Krav om konsekvensutredninger kan være pålagt for tiltak etter Plan- og bygningslovens bestemmelser i kapittel VII a eller i en enkelt-sak etter Kommunehelsetjenesteloven § 4a-5. Hvilke tiltak som skal konsekvensutredes er fastsatt i Forskrift om konsekvensutredninger av 21.05.99.

En konsekvensutredning skal gjøre rede for tiltaket, aktuelle alternativer, tiltakets virkninger på miljø, naturressurser og samfunn og hva som kan gjøres for å avbøte eventuelle skader og ulemper tiltaket kan medføre, jf. Plan- og bygningsloven § 33-5. Bomiljøet, det sosiale miljøet og befolkningens aktivitetsmuligheter og øvrige samfunnsmessige forhold, er tre hovedtema som er viktige når det gjelder mulige konsekvenser for helse og trivsel. Både enkeltfaktorer innen disse gruppene og en helhetlig vurdering brukes til å uttrykke tiltakets antatte virkninger. Det skal tas hensyn til summen av alvorlighet og omfang for en ulempe eller uønsket hendelse, vurdert over tid fra kortsiktige akutte virkninger til langsiktige og diffuse virkninger, og med fradrag av eventuelle fordeler/forbedringer.

Konsekvensutredninger er, som ovenfor nevnt, en del av beslutningsunderlaget, og skal som sådan undergis offentlig behandling. Dokumentasjon en viktig premisse for å sikre etterprøvbarehet og ivareta de generelle kravene til kvalitet i konsekvensutredningen.

14.4 Kommunal egenkontroll

Kommunene skal føre kontroll med egen virksomhet. Det overordnede kontrollansvaret er gjennom Kommune-loven lagt til kommunestyret, jf. Kommune-loven § 60.

Kommunestyret skal etablere et kontrollutvalg (revisjon) som skal føre løpende tilsyn med den kommunale forvaltning, og således utøve kommunestyrets tilsynsmyndighet i praksis. Kontrollutvalget er det verktøy kommunestyret skal benytte for å kontrollere at de øvrige politiske organer og administrasjonens virksomhet og aktiviteter er i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak. Det skal også foreta en systematisk vurdering av bruk og forvaltning av de kommunale midler med

utgangspunkt i oppgaver, ressursbruk og oppnådde resultater.

Administrasjonssjefen er etter Kommune-loven ikke eksplisitt pålagt å etablere internkontroll, men det anses likevel som en nødvendig del av ledelsesansvaret, se Ot.prp. nr. 70 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon) punkt 1.5.4. Den internkontroll som administrasjonssjefen etablerer er prinsipielt en del av kommunestyrets kontroll og tilsyn med egen virksomhet. Skillet mellom styring/ledelse og kontroll/tilsyn er i denne sammenhengen flytende. I forhold til det tilsynsansvar som ligger til administrasjonssjefen, er kontrollutvalgets tilsyn av "ekstern" karakter. Kontrollutvalgets tilsynsansvar innebærer å føre kontroll med at administrasjonssjefens interne kontrollsystemer er tilfredsstillende.

Prinsipielt løper det to "kontroll-linjer" fra kommunestyret, hvor en går gjennom formannskap, og er en del av styrings- og ledelsesansvaret i hvert ledd av virksomheten. Den andre linjen går gjennom kontrollutvalget til revisjonen/sekretariatet. Begge "kontroll-linjene" er elementer i kommunestyrets lederansvar.

Revisjon skal skje ved egen kommunal revisjon, eller ved felles revisjon for flere kommuner innen et revisjonsdistrikt. Revisjonsdistrikt for flere kommuner kan opprettes ved avtale mellom de aktuelle kommuner, eller ved vedtak av departementet, jf. Kommune-loven § 60.

14.5 Internkontroll etter sosial- og helselovgivningen

Internkontroll kan i grove trekk karakteriseres som en plikt til, på en systematisk måte, å påse at ulike krav myndighetsorganer retter mot virksomheten overholdes. Krav om internkontroll knyttet til kommunal sosial- og helselovgivning innebærer at kommunen må etablere systematiske tiltak for å påse at krav fra sentrale myndigheter overholdes, og kunne dokumentere at slike tiltak er etablert, følges og blir kontrollert. Internkontroll angår virksomhetenes systemer for ledelse og styring. Det er et lederansvar, og omtales i enkelte sammenhenger som styringssystemer. For sosial- og helsetjenesten følger plikt til å føre internkontroll blant annet av Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og Sosialtjenesteloven § 2-1.

Plikt til å utarbeide internkontroll er i seg selv, som ovenfor nevnt, ikke tilstrekkelig garanti for at kommunene til enhver tid oppfyller sine lovpålagte

plikter. Det forutsettes også en utstrakt aktivitet fra tilsynsmyndighetene. Internkontroll legger til rette for gjennomføring av systemrevisjon, en tilsynsmetodikk som setter fokus på systemet. Dette i motsetning til det såkalte individbaserte tilsynet, som fokuserer på den enkelte tjenesteyter. Felles krav til internkontroll og tilsynsmetodikk gjør det systematisk enklere, både for kommunene og for tilsynsmyndighetene.

Bruk av kvalitetsstyring og internkontroll som hjelpemidler for å forbedre ledelse og prestasjoner, har ført til økt bruk av risiko- og sårbarhetsanalyser og identifikasjon av uønskede hendelser i arbeidet med forbedring og utvikling av tilbud og tjenester. Fokuset var tidligere, i større grad, rettet mot individuell skyld og straff, ikke mot system og ledelse. Fra et systemperspektiv fremstår det imidlertid som naturlig at systemet først og fremst står i fokus når feil oppstår, ikke personen.

Helsetjenesten har hatt plikt til å føre internkontroll siden 1. januar 1994 etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (Helsetilsynsloven). Av Helsetilsynsloven § 3 fremgår det at enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift. I dette ligger blant annet at det skal utarbeides rutiner, prosedyrer, instruksjoner og maler som skal bidra til å sikre at saksbehandlingen følger de krav som er fastsatt i medhold av lov eller forskrift overholdes. Etter lovendring av 15. juni 2001 i Sosialtjenesteloven § 2-1, er også sosialtjenesten pålagt internkontrollplikt for tjenester etter Sosialtjenesteloven kapittel 4, 4A, 6 og 7. Endringen trådte i kraft 1. januar 2003, samtidig med felles forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, jf. kongelig resolusjon 20. desember 2002 (Internkontrollforskriften).

Formålet med Internkontrollforskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene, jf. § 1. Internkontroll er i forskriftens § 3 definert som systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. Innholdet i kravet til internkontroll er nærmere regulert i forskriftens § 4. Kommunene har stor grad av frihet til å etablere internkontroll tilpasset risikoforhold, størrelsen og egenarten. Internkontrollsystemet skal blant annet beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvor-

dan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav skal fremskaffes. Utvikling av iverksettelse, kontroll, evaluering og forbedring av nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen, er også pålagt. Internkontrollen skal dokumenteres, og dokumentasjonen skal være oppdatert og tilgjengelig, jf. § 5.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene trådte i kraft 1. juni 2003, og er utformet som en internkontrollforskrift. Fra samme tidspunkt ble Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, etter Kommunehelsetjenesteloven fra februar 1997, opphevet. Kvalitetsforskriften er nå hjemlet i både Kommunehelsetjenesteloven og i Sosialtjenesteloven, og gjelder pleie- og omsorgstjenester som ytes etter begge disse lovene.

Tjenestemottakerne gis ikke rett til bestemte tjenester, men forskriften skal tydeliggjøre for kommuner og tjenestemottakere hvilke krav som bør stilles når det gjelder innhold i tjenestene. Kommunene pålegges å etablere et system av prosedyrer for å sikre at hver enkelt tjenestemottaker får de tjenestene vedkommende har behov for til rett tid, at det blir gitt et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud, og at tjenestemottakeren får anledning til å medvirke ved utforming og endring av tjenestetilbudet.

Formålet med å forskriftsfeste kravene også for sosiale tjenester var først og fremst å harmonisere regelverket for sosial- og helsetjenestene, for på denne måten å gi kommunene et godt verktøy når det gjelder å stille krav til kvalitet på kommunale tjenester og tydeliggjøre hva tjenestemottakerne kan vente seg av tjenestene. Forskriften er et bidrag i arbeidet for å sikre kvalitet i tjenesteutøvelsen overfor hver enkelt tjenestemottaker i både sosial- og helsetjenestene, i og utenfor institusjon. I formålsparagrafen fremheves at respekten for egenverdet, livsførselen og selvråderetten til den enkelte skal stå sentralt i tjenesteytelsen.

Alle pleie- og omsorgstjenester gitt med hjemmel i Kommunehelsetjenesteloven eller Sosialtjenesteloven er omfattet av forskriften, uavhengig av årsaken til den enkelte tjenestemottakers behov for tjenester, og uavhengig av om vedkommende bor i institusjon eller eget hjem, jf. § 2. Forskriften stiller krav om at kommunene skal dokumentere hva de gjør for å sikre gode tjenester, men det vil være opp til den enkelte kommune å finne fram til

hensiktsmessige og gode organisatoriske løsninger tilpasset lokale forutsetninger. Videre pålegges kommunene å etablere et system av prosedyrer, men regulerer ikke på hvilken måte, eller hvordan prosedyrene nærmere skal utformes.

Også etter annet regelverk er kommunene pålagt å plikt til å utøve internkontroll. Etter Personopplysningsloven § 14 skal den behandlingsansvarlige etablere og holde vedlike planlagte og systematiske tiltak som er nødvendige for å oppfylle kravene i eller i medhold av denne loven, herunder sikre personopplysningenes kvalitet. Den behandlingsansvarlige skal dokumentere tiltakene. Dokumentasjonen skal være tilgjengelig for medarbeiderne hos den behandlingsansvarlige og hos databehandleren. Dokumentasjonen skal også være tilgjengelig for Datatilsynet og Personvernemnda. Datatilsynet er tilsynsmyndighet, og nærmere regler er gitt i forskrift. Personopplysningslovens krav til internkontroll gjelder bare i den utstrekning ikke annet følger av særskilt lov, jf. § 5. Tilsvarende plikt følger også av Helseregisterloven § 17.

14.6 Statlig tilsyn med sosial- og helsetjenesten

14.6.1 Innledning

En viktig del av statens tilsynsvirksomhet er knyttet til den kommunale sosial- og helsetjeneste. Statlig tilsyn skal bidra til å ivareta tjenestemottakerens rettsikkerhet og til at tjenestene holder tilstrekkelig kvalitet ved å påse at virksomheten utøves på en faglig forsvarlig måte og for øvrig i samsvar med lov og forskrifter. Det er imidlertid knyttet enkelte særlige problemstillinger til denne delen av tilsynsarbeidet, herunder forholdet mellom det totale omfanget av tilsyn og det kommunale selvstyret. Statlig tilsyn opererer således i et spenningsfelt mellom ulike hensyn.

”Tilsynsbegrepet kan i vid forstand forstås som et fellesbegrep for all aktivitet eller virkemiddelbruk som iverksettes for å følge opp et lovverks intensjoner. Kjernen i tilsynsrollen er imidlertid den konkrete kontrollen av pliktsubjektens etterlevelse av en norm som allerede er fastsatt ved lov, forskrift eller enkeltvedtak, samt reaksjoner ved avvik.” St. meld. nr. 17 (2002-2003) Om statlige tilsyn

Statlig tilsyn med kommunesektoren er berørt i en rekke offentlige dokumenter de senere år. Kommunal- og regionaldepartementet tok til orde for at det burde gjennomføres en gjennomgang av hjemler om statlig tilsyn med kommunesektoren

allerede i Ot.prp. nr. 42 (1991-92) *Om lov om kommuner og fylkeskommuner (Kommuneloven)*. Videre uttalte Kommunal- og regionaldepartementet i Ot.prp. nr. 59 (1992-93) *Om tilpasning av særlovgivningen til ny kommunelov* at ”Det kan også være naturlig å vurdere gjenværende tilsyns- og kontrollbestemmelser i særlovgivningen i lys av de erfaringer en vil få med praktisering av Kommunelovens § 59 om statlig kontroll med lovligheten av kommunale og fylkeskommunale avgjørelser.” St.meld. nr. 17 (2002-2003) *Om statlige tilsyn* omhandler ikke spørsmål knyttet til tilsyn med kommunesektoren. Det gjøres imidlertid i St.prp. nr. 66 (2002-2003).

I juni 2003 ble det satt ned et utvalg, ledet av fylkesmann Tora Aasland, med det mandat å se nærmere på statlig tilsyn med kommunene. Aaslandutvalgets mandat har en nær berøringsflate til dette utvalgets mandat. Forholdet til tilsyn med sosial- og helsetjenesten i kommunen er derfor bare i begrenset utstrekning omhandler i denne utredningen.

14.6.2 Nærmere om statlig tilsyn med sosial- og helsetjenestene

Kommunen er et selvstendig rettssubjekt, med selvstendig myndighet og et selvstendig ansvar for sin virksomhet. Statlig engasjement for å påvirke handlingsvalg kanaliseres gjennom lovgivning, instruksjonsmyndighet, budsjettvedtak og forhandlinger. Statlig tilsyn skal medvirke til at tjenestemottakerens behov for sosial- og helsetjenester ivaretas og at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte. Videre skal svikt i tjenesteytingen forebygges gjennom tilsyn og bidra til at ressursene brukes på en forsvarlig og effektiv måte.

Fylkesmannen fører tilsyn med sosialtjenesten i kommunene, det vil si tjenester etter Sosialtjenesteloven kapittel 4, 4A, 6 og 7. Helsetilsynet i fylket fører tilsyn med kommunehelsetjenesten, jf. Kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og Lov om statlig tilsyn (Helsetilsynsloven) § 2. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med sosial- og helse-tjenesten i Norge, jf. Sosialtjenesteloven § 2-7 og Helsetilsynsloven § 1. På sentralt nivå er Statens helsetilsyn overordnet tilsynsorgan for sosial- og helsetjenesten.

Hva som inngår i ulike tilsynsorganers oppgaveportefølje varierer. Tilsynet med helsetjenesten og tjenester etter Sosialtjenesteloven kapittel 4, 4A, 6 og 7 er et virksomhetstilsyn. Virksomhetstilsyn er tilsyn med deler av tjenesten, for eksempel ved et sykehjem eller kommunens hjemmebaserte tjenester.

Tilsynsmyndigheten skal i størst mulig utstrekning konkretisere hvilke krav lover og forskrifter stiller til kommunens virksomhet på forhånd. En slik operasjonalisering av myndighetskravene forenkler prosessen med å avgjøre om kommunen oppfyller kravene eller ikke. Tilsynsmyndigheten skal vurdere og kontrollere at kommunen har tiltak for å ivareta tjenestemottakernes rettssikkerhet, at tiltakene virker og at de samlet sett er tilstrekkelige. For å få et bilde av hvilke tiltak kommunen har iverksatt, er det naturlig å gjennomgå eventuell skriftlig dokumentasjon og foreta intervjuer med ansatte. Dette kan være både kommunale ledere og personer som arbeider direkte med tjenestemottakerne. I tilsynsarbeidet er det et mål å avklare om de tiltak som presenteres i dokumenter eller på annen måte, faktisk gjennomføres i praksis og om de er effektive i forhold til det problem som skal løses.

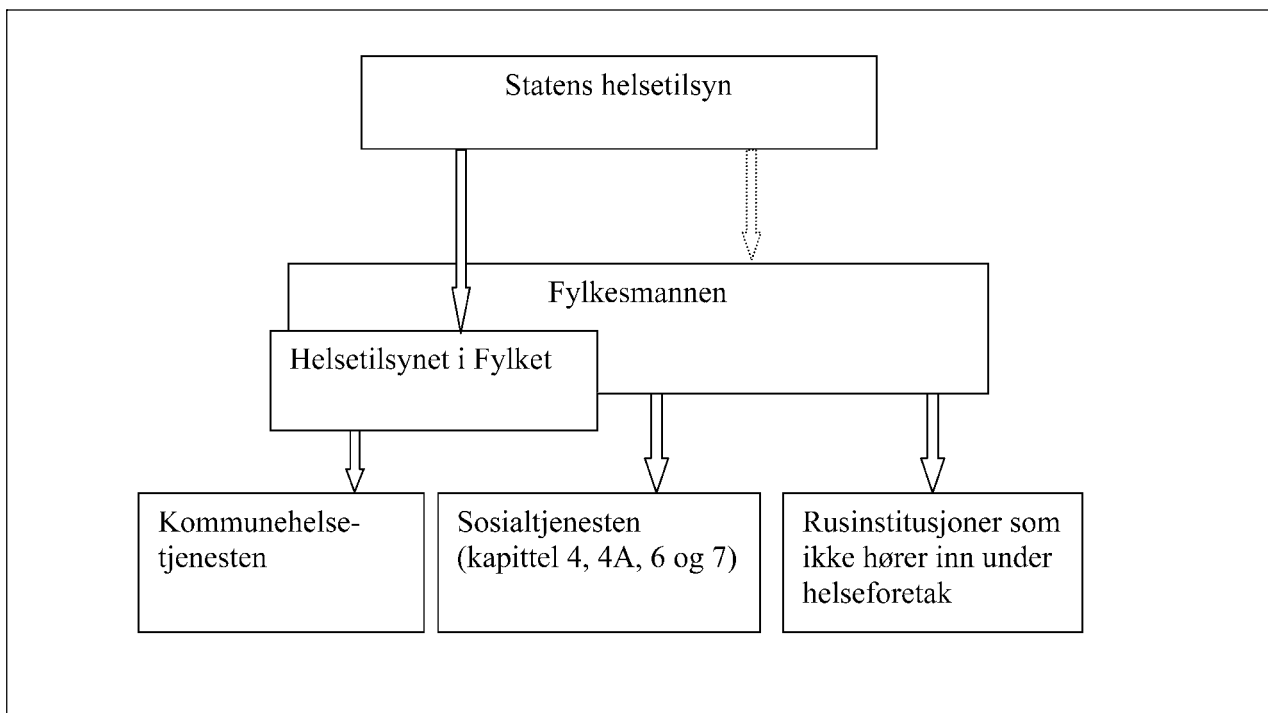
Statens helsetilsyn har praksis for å utpeke et tema for årlig landsomfattende tilsyn med helsetjenesten. Fra 2004 ble sosialtjenesten omfattet av dette. Denne form for tilsyn gjennomføres likt av Helsetilsynet i fylket/fylkesmennene etter en felles veileder. I tillegg gjennomfører Helsetilsynet i fylket/fylkesmennene andre planlagte tilsyn basert på sitt kjennskap til den enkelte kommunehelsetjeneste og sosialtjeneste.

På bakgrunn av tilsynet utformes en skriftlig rapport som beskriver det som er funnet under tilsynet. Funnene som beskrives kan enten være for-

hold som er i samsvar med lovgivningen, forhold som bør forbedres (merknad) eller forhold som ikke er i samsvar med lovgivningen (avvik). Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen har ansvar for å følge opp det enkelte tilsyn inntil forholdene er brakt i samsvar med lovgivningen (lukke avvik).

Hovedtyngden av tilsyn inngår som en del av tilsynsmyndighetens planlagte tilsyn. Tilsynsvirksomhet har imidlertid også bakgrunn i enkeltstående hendelser som Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen er gjort kjent med (tilsynssak).

I Helsepersonelloven er personellet pålagt individuelle plikter og ansvar for egen yrkesutøvelse. Tilsyn med helsepersonell utløses som regel av en hendelse som medfører at tilsynsmyndigheten informeres om mulige uregelmessigheter gjennom anmodninger om vurdering av mulige pliktbrudd etter Helsepersonelloven § 55, lovpålagte meldinger og annen informasjon. Brudd på Helsepersonelloven kan medføre administrative reaksjoner fra tilsynsmyndighetene, jf. Helsepersonelloven kapittel 11. Helsepersonellovens formål er sentral ved vurderingen av om reaksjon skal gis og eventuelt hvilken. Det fremgår av Helsepersonelloven § 1 at lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Reaksjoner kan være advarsel eller i grove tilfeller tilbakekall av autorisasjon. Det kan også gis veiledning for å motivere og bidra til bedret tjenesteutøvelse.



Figur 14.1 Skjematisk oversikt over tilsynet med den kommunale sosial- og helsetjenesten

Dersom kommunal virksomhet utøves på en måte som er i strid med helselovgivningen, og dette ikke blir rettet etter påpekning fra Helsetilsynet i fylket, kan Statens helsetilsyn etter nærmere vilkår gi pålegg om retting, jf. Helsetilsynsloven § 5 og Kommunehelsetjenesteloven § 6-3. Dersom fylkesmannen finner at en virksomhet etter Sosialtjenesteloven kapittel 4, 4A, 6 og 7 drives på en måte som kan ha skadelige følger for tjenestemottaker eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan fylkesmannen gi pålegg om å rette opp forholdet. Når det gjelder tjenester etter Sosialtjenesteloven har altså fylkesmannen selv kompetanse til å gi pålegg om retting.

Utover å føre tilsyn med helsepersonell og de enkelte virksomhetene, skal Statens helsetilsyn følge med i utviklingstrekk i befolkningens helse-tilstand, sosiale forhold og tjenestens ytelser for å kunne vurdere tjenestetilbudet i forhold til befolkningens behov og nasjonale mål og prioriteringer. Statens helsetilsyn skal ha generell oversikt over tilstanden i sosial- og helsetjenesten. Dette fordrer både rutinemessig overvåkning av tilgjengelige data om tjenesten og egen innsamling av data for å belyse spesifikke problemstillinger.

Tilsynsmyndigheten skal systematisere tilsyns-erfaringer, samle inn data, analysere og vurdere kunnskap om helsetjenesten for å kunne identifisere områder der det svikter eller er risiko for svikt, eller forhold som av andre grunner bør forbedres. Slik kunnskap brukes i neste omgang som grunnlag for å vurdere behov for tilsyn med virksomheter.

Tilsynsmyndigheten har imidlertid også en veilederrolle, og skal i samarbeid med kommunene legge grunnlag for bedre tjenester, jf. Helsetilsynsloven § 2. Det er viktig for tilsynets legitimitet at tilsynsfunksjonen ikke påvirkes av hvordan veiledning tidligere er utført. Det er ikke usannsynlig at en tilsynsmyndighet vil være tilbakeholdende med å kritisere egne råd, noe som kan tale for å skille mellom tilsynsrollen og veilederrollen. Et skille mellom veilednings- og tilsynsetater gjør imidlertid forvaltningen mindre oversiktlig og innebærer at tjenestemottakerne får flere statsorganer å forholde seg til.

Også andre statsetater har tilsynsoppgaver i forhold til de kommunale sosial- og helsetjenestene. Dette gjelder ikke minst Arbeidstilsynet som har tilsyn med arbeidervern og arbeidsmiljø, innbefattet arbeidstidsordninger og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), som er fagmyndighet for kommunale og interkommunale brannvesen, det lokale eltilsyn og fylkesmennenes beredskapsarbeid. DSB forvalter saker som hører

inn under Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver, Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr, Lov om kontroll med produkter og forbrukertjenester og Lov om Sivilforsvaret. Videre har Statens strålevern tilsyn med bruk av ioniserende strålekilder i diagnostikk og behandling, jf. Lov om strålevern og bruk av stråling § 18, Datatilsynet med behandling av personopplysninger, jf. Personopplysningsloven § 42 og Mattilsynet fører tilsyn med overholdelse av Matloven, jf. § 27. Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene er gjennom Helsetilsynsloven tillagt ansvaret for det faglige tilsynet med tjenesteytelsene i helsetjenesten. Selv om det ikke følger direkte av hjemmelsgrunnlaget for tilsynsetatene, bør tilsyn samordnes i forhold til sosial- og helsetjenesten der det er mulig.

En særlig problemstilling, som statlig tilsyn med kommunesektoren reiser, er hvorvidt det skal være mulig for sentrale myndigheter å instruere eller overprøve tilsynene i enkeltsaker. Tilsynenes uavhengighet er i mange sammenhenger fremhevet som en forutsetning for at tilsynene skal fatte beslutninger på et rent faglig grunnlag. Uavhengighet er derfor også nedfelt som en forutsetning i enkelte internasjonale konvensjoner og direktiv Norge er forpliktet til å følge, se bl.a. EUs personverndirektiv (95/46/EF) artikkel 28.

Dagens modell med at fylkesmannen ivaretar kommunerettet tilsyn på de fleste områdene, innebærer muligheter for politisk styring, ettersom fylkesmannen er underlagt departementene. Uavhengighet i forbindelse med tilsyn med kommunene behøver ikke nødvendigvis bety uavhengighet fra staten, men uavhengighet fra kommunen.

14.7 Utvalgets vurdering

Kommunen har ansvar for å organisere tildeling og gjennomføring av tjenester. Kommunalt ansvar muliggjør et lett tilgjengelig, faglig forsvarlig, koordinert og lokalt tilpasset tilbud. Lokal frihet og ansvar stiller imidlertid, etter utvalgets oppfatning, krav til et system med tilsyn og kontroll som ivaretar rettssikkerheten til den enkelte tjenestemottaker og sikrer at tjenesten holder akseptabel kvalitet. Samtidig er utvalget av den oppfatning at kommunale kontroll- og beslutningssystemer bør videreutvikles, slik at kommunen selv i størst mulig utstrekning påser at faglige og rettsikkerhetsmessige forhold ivaretas.

Etter utvalgets oppfatning fremstår det ikke som hensiktsmessig å endre systemet med kom-

munale planer, konsekvensutredninger og egenkontroll. Dette er sektorovergripende kontrollmekanismer, som i hovedsak er regulert i tilstøtende lovgivning. Når det gjelder krav til internkontroll, er det funnet naturlig å innta krav om dette i utkastet. Etter forslaget skal kommunen føre internkontroll for å sikre oppfyllelse av tjenestemottakernes behov og at virksomheten er i overensstemmelse med lover, forskrifter og vedtak i medhold av lov, se forslaget § 11-1. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten. Forslaget innebærer imidlertid i begrenset utstrekning en realitetsendring. Helsetjenesten har hatt plikt til å føre internkontroll siden 1. januar 1994 etter Helse-tilsynsloven. Etter lovendring av 15. juni 2001 i Sosialtjenesteloven § 2-1 (i kraft 1. januar 2003), er også sosialtjenesten pålagt internkontrollplikt for tjenester etter Sosialtjenesteloven kapittel 4, 4A, 6 og 7. Forslaget innebærer at internkontrollplikten også omfatter økonomisk sosialhjelp.

Hvor nivået mer konkret ligger i den rettslige standarden "nødvendig sosial- og helsetjenester" kan ikke være uttømmende regulert i regelverket. Statlig tilsyn er etter utvalgets oppfatning nødvendig for å sikre en enhetlig nasjonal standard, så vel som andre nasjonale mål for tjenesteytingen som rettssikkerhet, ivaretagelse av brukerperspektiv, kvalitet og lignende.

I et harmoniseringsperspektiv har lik tilsynsordning for tilgrensende områder, herunder institusjoner, mange fordeler og vil lette samordningen. Felles tilsynsordninger vil også kunne legge til rette for at flere etater samordner sine tilsyn, noe som igjen vil kunne føre til at det i større grad settes fokus på system og samordning, og ikke kun innholdet i enkelttjenester.

Statens helsetilsyn bør etter utvalgets oppfatning fortsatt ha det overordnede tilsyn med sosial- og helsetjenesten i landet, samt påse at virksomheten drives på en faglig forsvarlig måte og ellers i samsvar med lov og forskrifter, se forslaget § 12-2. Etatens navn bør imidlertid endres til *Statens sosial- og helsetilsyn*, for på en bedre måte synliggjøre at ansvarsområdet dekker over to fagområder. Videre er det viktig at *Statens sosial- og helsetil-*

syn kan kreve at organer som utfører oppgaver etter denne loven, uten hinder av taushetsplikt, skal gi de opplysninger og meldinger som er nødvendige for at tilsynet kan utføre sine oppgaver. Det er imidlertid fylkesmannen som bør føre det praktiske tilsyn med virksomhetene etter loven her, og påse at de tjenester som gis er faglig forsvarlige og ellers i samsvar med lov og forskrifter, jf. forslaget § 12-1. Også fylkesmannen må uten hinder av taushetsplikt kunne kreve innsyn i de opplysninger som er nødvendige for å utføre sine oppgaver.

Hvis virksomhet etter loven drives på en måte som kan ha skadelige følger for tjenestemottaker eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, er utvalget av den oppfatning at fylkesmannen, og eventuelt *Sosial- og helsetilsynet* i siste instans, bør kunne gi pålegg om å rette opp forholdet, jf. forslaget § 12-1.

På tilsynsområdet er det allerede foretatt grep for å bidra til harmonisering av tilsynet med sosial- og helsetjenesten. Dette gjelder særlig Statens helsetilsyns rolle som overordnet ansvarlig på tilsynsområdet, innlemmingen av fylkeslegen i fylkesmannsembetet og felles forskrift om internkontroll. Likevel er det en del ulikheter, særlig at Statens helsetilsyn har en direkte styringslinje utenom fylkesmannen til Helsetilsynet i fylket. Videre har Helsetilsynet i fylket, i motsetning til fylkesmannen, ikke adgang til å gi pålegg om retting overfor kommunene. Det må gis av Statens helsetilsyn. Utvalgets forslag innebærer ytterligere bidrag i arbeidet med harmonisering knyttet til tilsyn.

Utvalget er innforstått med at utstrakt systemrevisjon har mange fordeler. Etter utvalgets oppfatning er det imidlertid viktig å påpeke at denne type tilsyn må komme i tillegg til, ikke som erstatning for, individrettet tilsyn. Individrettet tilsyn utløses som regel av en hendelse som medfører at tilsynsmyndigheten informeres om mulige uregelmessigheter. Dette kan være hendelser som nødvendiggjør umiddelbare og konkrete undersøkelser fra tilsynsmyndigheten, og som ikke nødvendigvis skyldes mangler ved systemet.

Kapittel 15

Administrative og økonomiske konsekvenser

For utvalget har det vært vanskelig å konkretisere forventede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av forslaget. De økonomiske konsekvensene har vært sekundære i forhold til rettssikkerhetshensyn, samtidig som tidsrammen har gjort det vanskelig for utvalget å vurdere de økonomiske forholdene i detalj.

Utvalget er imidlertid av den oppfatning at forslaget vil ha positive konsekvenser i forhold til målsetningen om et enklere regelverk og en enklere forvaltning. Videre kan forslaget innebære et effektiviseringspotensial ved at det muliggjør en bedre samordning av de tjenestene som gis og legger forholdene til rette for en generell kvalitetsheving av tjenestene. Det er imidlertid viktig at de nye reglene blir praktisert på en hensiktsmessig måte, slik at de tilgjengelige ressurser utnyttes på en mest mulig effektiv måte.

I tråd med mandatet foreslås imidlertid ingen nye rettigheter for den enkelte tjenestemottaker, snarere en presisering av allerede eksisterende. En eventuell økning av utgiftene på bakgrunn av forslaget vil derfor kunne anføres å være uttrykk for at intensjonene bak dagens lovgivning ikke er oppfylt.

Forslaget bidrar i styrkingen av det forebyggende arbeidet og til at tjenestemottakere raskere kan bedre sin mestrings- og funksjonsevne. Det er likevel i en overgangsfase nødvendig med økte investeringer i opplæring og IT, og det er viktig at det tas høyde for dette når det nye regelverket settes i kraft. Utvalget legger til grunn at forslaget totalt sett vil innebære uendret ressursbruk, men

med et ikke ubetydelig kvalitativt forbedringspotensial innen de gitte ressursmessige rammer.

I tillegg til de generelle positive konsekvensene av et enklere regelverk og enklere forvaltning, er det utvikling av kommunale IT-strukturer som på sikt vil innebære det største potensialet for kvalitetsheving, effektivisering og kostnadsbesparelser. Nytteverdien vil først blir realisert fullt ut gjennom endringer av rutiner, organisasjonsutvikling og standardisering. Hensiktsmessig bruk av IT er viktig for den videre utviklingen av helse og sosialsektoren. Internett har blitt en naturlig kanal for dialog med en voksende andel av befolkningen. Det elektroniske samarbeidet mellom ulike ledd i tjenesteyting og forebyggende virksomhet er også omfattende og økende.

Kommunale IT-løsninger er gjenstand for en rask utvikling med stadig økende potensial. Investeringsbehovet som følge av utvalgets forslag må ikke vurderes isolert, men i sammenheng med den nasjonale strategien *S@mspill 2007 – Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren* og den generelle utviklingen i bruk av IT i kommunene. For øvrig må investeringsbehovet vurderes i lys av de krav som allerede stilles til informasjonssikkerhet etter Personopplysningsloven og Helseregisterloven. Under forutsetning av at utviklingsarbeid som er signalisert i *S@mspill 2007* følges og at kommunene unngår å investere i nye systemer som ikke kan "samsnakke", men derimot tenker langsiktig med hensyn til IT-utvikling, antas utgiftene for kommunale og statlige etater som konkret følger av forslaget å være marginale, også på kort sikt.

Kapittel 16

Merknader til bestemmelsene i lovutkastet

Kapittel 1. Lovens formål og rekkevidde. Definisjoner

Til § 1-1:

Denne bestemmelsen erstatter formålsbestemmelsene i Sosialtjenesteloven § 1-1 og Kommunehelsetjenesteloven § 1-2. Teksten er gjort mer generell og er forenklet en del, særlig i forhold til Sosialtjenesteloven § 1-1, uten at dette er ment å skulle innebære noen realitetsforskjell. Formuleringen "forsvarlige levekår" omfatter også god helse så langt det er mulig, og nødvendig bistand, omsorg og pleie. Det vises ellers til innstillingens kapittel 6 "Sentrale verdier i den kommunale sosial- og helsetjenesten."

Til § 1-2:

Til nr. 1: Denne bestemmelsen er en videreføring av Sosialtjenesteloven § 1-2, første avsnitt. Spørsmålet om begrensninger og særregler når det gjelder lovens anvendelse på forhold til personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har bopel i riket, er i andre setning, på samme måte som i Sosialtjenesteloven § 1-2, første avsnitt, regulert ved en forskriftshjemmel. Dette er nytt i forhold til Kommunehelsetjenesteloven, som ikke har noen tilsvarende hjemmel for å begrense rettighetene etter denne loven.

Skillet mellom bopel og annet opphold fortsettes å trekkes på samme måte som i forhold til Utlendingsloven, se særlig dennes § 12, siste avsnitt. Dette skillet vil bare ha betydning i forhold til forskriftshjemmelen i loven her ved at en slik forskrift ikke kan gjøre inngrep i rettighetene til en norsk statsborger hvis hun eller han må anses å ha bopel i riket.

For dem som faller inn under forskriftshjemmelen for unntak, er utgangsposisjonen at alle lovens regler gjelder, på lik linje med alle andre som oppholder seg i riket, så langt ikke annet er bestemt. Her vil også folkerettslige forpliktelser sette skranker for hvor langt den norske stat kan gå med hensyn til å nekte grunnleggende sosiale goder. Dette fremgår blant annet av Den europeiske menneskerettskonvensjon art. 1 (rett til å inngå ekteskap og stifte familie), og FNs konven-

sjon om økonomiske og sosiale rettigheter art. 10 (vern av familien og av barn og ungdom), art. 11 (rett til tilfredsstillende levestandard og trygghet mot sult), art. 12 (rett til den høyest oppnåelige helsetandard fysisk og psykisk) og art. 14 (rett til utdanning), som alle er bestemmelser om universelle rettigheter for "enhver". Dette er forpliktelser som den norske stat har i forhold til *alle* som oppholder seg i landet, men likevel slik at det nærmere innhold av forpliktelsene vil kunne nyanseres i forhold til personer hvor det er klart at snarlig retur til hjemland eller annet land som vil ta imot vedkommende, er et aktuelt og realistisk alternativ.

For personer som oppholder seg i utlandet, er utgangspunktet det motsatte. Her har Norge ikke tilsvarende forpliktelser; disse går bare inn under loven der dette er uttrykkelig fastsatt i forskrift. Slike regler vil det imidlertid kunne være naturlig og rimelig å ha for norske statsborgere med mer kortvarige utenlandsopphold, eller ved utenlandsopphold norsk tjeneste.

Til nr. 2: I Petroleumsloven § 1-5 er fastsatt at norsk rett kommer til anvendelse for petroleumsvirksomhet hvis ikke annet følger av lov, bestemmelse gitt av Kongen, av folkeretten eller av overenskomst med fremmed stat. I medhold av Petroleumsloven er det i den såkalte *Rammeforskriften* (forskrift 31.8.2001 nr. 1016 om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten) fastsatt hvilke lover som gjelder på dette området. Videre er det på grunn av ønsket om å se petroleumsvirksomhet under ett, med like regler på landbaserte anlegg og anlegg på kontinentalsokkelen, bestemt at rammeforskriften også gjelder ved enkelte petroleumsanlegg på land (Kårstø, Sture, Kollsnes, Mongstad, Tjeldbergodden, Melkøya, Slagentangen og tilknyttede rørledningssystemer), se midlertidig forskrift 19.12.2003 nr. 1595 om sikkerhet og arbeidsmiljø for enkelte petroleumsanlegg på land og tilknyttede rørledningssystemer. Blant de lovene som er gitt anvendelse i medhold av disse forskriftene, er Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven, Smittevernloven og Lov om helsemessig og sosial beredskap. Kommunehelsetjenesteloven er ikke nevnt i forskriften, og antas ikke å gjelde for disse områdene. Etter Rammeforskriften § 5 er det

den som eier eller driver petroleumsanlegg eller tilknyttede rørledningssystemer, og andre som deltar i virksomhet som er omfattet av denne forskriftens virkeområde, som er ansvarlig for at kravene gitt i forskriften blir etterlevd.

Til § 1-3:

Til bokstav a: Grensen mot tjenester og ytelser som gis uten klar forankring i Sosial- og helsetjenesteloven, vil kunne være uskarp, men dette behøver ikke være noe vesentlig problem i praksis. I tvilstilfelle bør Sosial- og helsetjenestelovens regler anvendes, som de mest uttømmende når det gjelder ansvarsforhold og tjenestemottakers rettigheter.

Til bokstav b: I uttrykket "som tjenesten tar sikte på å hjelpe" ligger at loven også kommer til anvendelse når det skal tas stilling til om det foreligger behov for tjenester som kommunen har plikt til eller i alle fall bør yte. Vedkommende person blir tjenestemottaker med partsinteresser i det øyeblikket hans eller hennes situasjon blir gjort til gjenstand for utredning eller formell saksbehandling.

Til bokstav c: Denne definisjonen er i hovedsak sammenfallende med Pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b, men slik at det bare er nærmeste pårørende som defineres, ikke pårørende generelt. Etter Sosial- og helsetjenesteloven vil det å være pårørende i seg selv ikke ha noen rettslig betydning, bare at man er *nærmeste* pårørende.

På samme måte som i Pasientrettighetsloven tas det utgangspunkt i tjenestemottakers eget valg av nærmeste pårørende, slik at det som følger bare fungerer som en presumsjon som legges til grunn når tjenestemottakeren ikke er i stand til å oppgi hvem hun eller han oppfatter som den nærmeste pårørende. Det avgjørende kriterium er da hvem i størst utstrekning rent faktisk har varig og løpende kontakt med tjenestemottaker. Den rangerte oppstillingen som deretter følger, kommer dermed bare til anvendelse hvor det ikke er klart at noen utmerker seg fremfor andre i så henseende. Denne listen er identisk med tilsvarende liste i Pasientrettighetsloven, med den ene forskjell at verge og hjelpeverge er tatt ut. Det å ha et slikt verv, gjør ikke nødvendigvis vedkommende til en pårørende. Spørsmålet om kompetanse for verger og hjelpeverger i denne egenskap, må vurderes og reguleres særskilt i de sammenhenger denne problemstillingen er aktuell.

Til bokstav d: Også tjenester gitt av private tjenesteytere, uten tilsettingsforhold i kommunen, og av tilsatte i andre offentlige statlige, fylkeskommu-

nale eller interkommunale organer, eller i andre kommuner, vil gå inn under Sosial- og helsetjenesteloven, i den utstrekning vedkommende utøver sine funksjoner på grunnlag av avtale med kommunen.

Til § 1-4:

Her fastslås grunnleggende krav til samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker. Det er tale om en lovfesting av yrkesetiske krav som må anses som gjeldende rett også i dag. For helse-tjenester er tilsvarende krav fastslått i Pasientrettighetsloven § 4-1, men prinsippene er like viktige i sosialtjenestene.

Kravet om medvirkning gjelder helt generelt så langt det er praktisk mulig å få i stand en form for samhandling med tjenestemottakeren, også om hun eller han mangler samtykkekompetanse. Samtykke kan etter omstendighetene gis av andre på tjenestemottakers vegne, se § 1-5 nr. 3 om dette.

Nr. 5 er identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-1, tredje avsnitt, som en del av formålsparagrafen i kapittel 4A om tvang overfor psykisk utviklingshemmede. Det foreslås at denne flyttes fram her som uttrykk for et generelt og overordnet prinsipp i alle sosial- og helsetjenester.

Det vises ellers til kapittel 6 i innstillingen "Sentrale verdier i den kommunale sosial- og helsetjenesten".

Til § 1-5:

Denne bestemmelsen tilsvarende Pasientrettighetsloven § 4-1, første setning, og § 4-3. På samme måte som her er det gjort unntak fra kravet om samtykke for situasjoner hvor "annet følger av særlige lovbestemmelser eller tiltakets art". I praksis dreier det seg om tre typesituasjoner hvor kravet om samtykke ikke kan opprettholdes fullt ut; øyeblikkelig hjelp situasjoner hvor det ikke er mulig å innhente samtykke raskt nok, typisk fordi tjenestemottakeren er bevisstløs, i nødrettsituasjoner, og i situasjoner hvor det foreligger en særlig tvangshjemmel i lov, slik som i Psykisk helsevernloven, Sosialtjenesteloven kapittel 4A og kapittel 6, og Smittevernloven.

Kravet i Pasientrettighetsloven § 4-3, første avsnitt, bokstav a, om at pasienten skal være myndig, er tatt ut som misvisende. Det fremgår av Pasientrettighetsloven § 4-7 at også for umyndiggjorte er utgangspunktet at de selv skal gi samtykke "i så stor utstrekning som mulig".

Av samme grunn er begrensningen i Pasientrettighetsloven § 4-6 av tjenestemottakers samtykk-

kekompetanse til å gjelde "myndig pasient" ikke videreført. Det rettslige utgangspunkt er at også den som er umyndiggjort har autonomi og samtykkekompetanse i slike spørsmål, og at spørsmålet om tapt samtykkekompetanse må vurderes på samme måte i forhold til denne gruppen som når det er tale om ikke umyndiggjorte – med andre ord ut fra vedkommendes fysiske og psykiske funksjonsevne. Verger og hjelpeverger vil som alminnelig utgangspunkt ikke ha samtykkekompetanse på vegne av tjenestemottaker der slikt er nødvendig for at det kan gis sosial- eller helsehjelp, jf. Vergemålsloven §§ 38 og 39 som fastslår henholdsvis at vergen handler på den umyndiges vegne "i formuessaker", og at vergen "tar avgjørelser" om den umyndiges "underhold, oppfostring og opplæring", og § 90b hvor det heter om hjelpeverge at hun eller han "kan gis myndighet til å vareta klientens anliggender i sin alminnelighet eller enkelte særlige anliggender", noe som etter sammenhengen må anses å gå på økonomisk forvaltning og helt praktiske anliggender. En generell kompetanse til å overføre samtykkekompetanse i personlige anliggender til en hjelpeverge ville kreve en vesentlig klarere lovhjemmel enn dette. Utvalget mener for øvrig at en slik kompetanse ikke bør legges til verge eller hjelpeverge alene. Hvor tjenestemottaker ikke har samtykkekompetanse, må faglig ansvarlig tjenesteyter foreta en selvstendig vurdering av om tjenesten likevel skal gis, etter å ha fått samtykke fra nærmeste pårørende og eventuelt fra verge eller hjelpeverge.

Bestemmelsen i Pasientrettighetsloven § 4-3, siste avsnitt, første setning, om den som yter helsehjelp, avgjør om pasienten har samtykkekompetanse, er ikke videreført. Denne bestemmelsen er til dels blitt praktisert krav om en formell konstatering av at en pasient mangler samtykkekompetanse, som deretter har blitt lagt til grunn. Dette er ikke noen heldig praksis, i alle fall i denne sammenheng. Det er ikke grunnlag for å treffe noe slikt formelt vedtak som avgjør spørsmålet om samtykkekompetanse på generelt grunnlag. Tjenestemottakers samtykkekompetanse må vurderes fortløpende og i forhold til den helt konkrete samtykkesituasjon.

Til § 1-6:

Pasientrettighetsloven kapittel 4 inneholder en rekke bestemmelser om samtykkekompetanse og om adgang til å gi tjeneste hvor slik mangler. Med unntak av tvangsbestemmelsene i kapittel 4A og kapittel 6 inneholder Sosialtjenesteloven ingen tilsvarende bestemmelser om samtykkekompetanse.

Bestemmelsen i *nr. 1* angår avgjørelse om å yte tjenester som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. Det foreslås her at på samme måte som etter Pasientrettighetsloven § 4-6 skal slike tjenester som alminnelig utgangspunkt kunne gis uten noen form for samtykke. Ansvar for å treffe slike avgjørelser legges, på samme måte som etter Pasientrettighetsloven, til vedkommende tjenesteyter. Hvem som kan treffe beslutninger om hva innenfor denne rammen, vil følge av tilsettingsforhold og tjenesteinstruks.

I *nr. 2* er gitt en regel om tjenester som er mer inngripende. Denne bestemmelsen trer i stedet for Pasientrettighetsloven § 4-6, andre avsnitt. Slik beslutning om mer inngripende tiltak kan bare treffes i situasjoner hvor det for det første er klart at dette er i tjenestemottakers interesse, og det for det andre er grunn til å regne med at hun eller han ville ha samtykket til dette. Disse vilkårene foreslås videreført.

I Pasientrettighetsloven heter det at i slike situasjoner kan nærmeste pårørende samtykke på vegne av pasienten. Dette kan forstås slik at de pårørende er gitt vetorett også i forhold til tjenester som er klart i tjenestemottakers interesse, og som det ikke er noen rimelig grunn til å tro at hun eller han ville motsatt seg. Dette er i så fall, slik utvalget ser det, ikke noen god regel. I stedet foreslås at slike avgjørelser skal treffes *i samråd med* nærmeste pårørende, og eventuell verge eller hjelpeverge. I dette ligger at tjenester bare unntaksvis vil bli gitt hvis den nærmeste pårørende motsetter seg dette av grunner som fremtrer som forstandige og som det ikke kan ses bort fra at også tjenestemottaker ville lagt avgjørende vekt på. I tvilstilfelle vil det også kunne være naturlig rådføre seg med andre som står tjenestemottaker nær, så langt dette kan skje uten å komme i strid med reglene om taushetsplikt, for å få et best mulig grunnlag for å bedømme om det er grunn til å regne med at tjenestemottaker ville ha samtykket i tiltaket. Men ansvaret for å vurdere dette, og for å veie de motstående hensyn opp mot hverandre, foreslås lagt til den faglig ansvarlige. Hvem det er, vil avhenge av tjenesteinstruks og tilsettingsforhold i vedkommende kommune.

Bestemmelsen i *nr. 3* om at tjenester ikke skal gis til tjenestemottaker som motsetter seg dette, hvis ikke det foreligger et særlig rettsgrunnlag, er en videreføring av bestemmelsene i Pasientrettighetsloven §§ 4-5 og 4-6, begges siste avsnitt. For mindreårige vil foreldremyndigheten som utgangspunkt kunne være et slikt særlig grunnlag,

men da med de begrensninger som følger av Barne-loven § 31 om rett for barnet til å bli hørt før det treffes avgjørelser om personlig forhold for barnet, og om det skal legges stor vekt på barnets mening når det har fylt 12 år.

I *nr. 4, siste setning*, er nærmeste pårørende, samt eventuell verge eller hjelpeverge, gitt klage-rett til fylkesmannen over en avgjørelse om å gi en slik mer inngripende tjeneste.

Utvalget vil anbefale at det foretas en revisjon av bestemmelsene i Pasientrettighetsloven om tilsvarende problemstilling i overensstemmelse med det som her er foreslått.

Kapittel 2. Kommunens ansvar

Til § 2-1:

Nr. 1 første setning erstatter første setning i Sosialtjenesteloven § 3-1 og de mer utpenslede bestemmelsene i Kommunehelsetjenesteloven § 1-4, første og andre avsnitt. Nr. 2 erstatter Sosialtjenesteloven § 3-1, tredje og fjerde avsnitt.

Til § 2-2:

Til nr. 1: Første setning fastslår, i likhet med Kommunehelsetjenesteloven § 1-1, første avsnitt, og Sosialtjenesteloven § 10-1, første avsnitt, kommunens ansvar for å yte tjenester til alle som oppholder seg i kommunen, uavhengig av om vedkommende har bopel eller fast opphold der. Det kan imidlertid gjøres unntak fra dette ansvaret i forhold til personer som ikke er norske statsborgere, ved forskrift i medhold av § 1-2 nr. 1, andre setning.

Andre setning erstatter refusjonsregelen i Sosialtjenesteloven § 10-1, andre setning, med en fullmakt for Kongen til å gi forskrifter om dette temaet. Som denne regulerer andre setning her spørsmålet om avvik fra det alminnelige utgangspunktet; at hver kommune dekker de utgiftene som påløper til sosial- og helsetjenester der. Etter utvalgets oppfatning er det behov for et mer fleksibelt og nyansert regelverk enn dagens regel, tilpasset de til enhver tid foreliggende finansierings- og tilskuddsordninger. I første omgang kan man imidlertid om ønskelig videreføre dagens ordning ved forskrift.

I forskriftshjemmelen ligger også en fullmakt for Kongen til å foreta en nærmere avgrensning av begrepet "hjemstedskommune" for det aktuelle formål. Forståelsen av begrepet slik det blir anvendt i en eventuell forskrift om dette, vil ellers være et rettsanvendelsesspørsmål som fylkesmannen og Sosial- og helsetylsetnet må ta stilling til

forbindelse med klage, eller som ledd det alminnelige tilsynet.

Spørsmålet om hva som i denne sammenheng skal anses som "hjemstedskommune", er ikke ment som noe selvstendig avgrensningskriterium for Kongens forskriftskompetanse etter regelen her, annet enn i ekstreme situasjoner. Avgjørelsen av hva som er hjemstedskommune for tjenestemottakere, forutsettes å inngå som en integrert del av vurderingen av i hvilke situasjoner det er rimelig og rasjonelt at det foretas en slik utgiftsdeling.

Til nr. 2: Kommunens ansvar for tjenestene er det samme uavhengig av om disse gis av kommunens egen tilsatte eller etter avtale med privat tjenesteyter. Kravet om avtale innebærer at det må ha foregått enn eller annen form for kvalitetssikring fra kommunens side før man lar en privat institusjon ta ansvaret for å gi tjenester etter loven her. Se også nr. 3 om anvendelsen av lovens regler på private tjenesteytere.

Til nr. 3: Denne bestemmelsen er en rettslig nyskaping. I dag gjelder reglene i Forvaltningsloven – herunder bestemmelsene om taushetsplikt – bare når det enten treffes enkeltvedtak av den private tjenesteyteren (Forvaltningsloven § 1, siste setning), eller det er tale om avgjørelser "i klientsaker" ved institusjoner som er tatt inn i kommunens plan for boliger med heldøgns omsorgstjenester (Sosialtjenesteloven § 8-2, jf. § 7-5). Etter utvalgets vurdering er det grunnleggende viktig at loven er nøytral i forhold til spørsmålet om tjenestene gis av private tjenesteytere eller av kommunen selv, og om den private tjenesteyter inngår i en plan for tjenestene, eller er brakt inn ved en konkret avtale, og at verken tjenestemottakers rettsstilling eller kommunens ansvar påvirkes av det valg som treffes her.

For kommunen regulerer bestemmelsen bare ansvar etter loven her. Den innebærer ingen utvidelse av kommunens arbeidsrettslige og erstatningsrettslige ansvar for andre aktørers virksomhet. For private aktører innebærer den at disse er bundet av bestemmelsene i utkastet, både når det gjelder hvordan tjenestene skal gis og samhandlingen med tjenestemottaker, og når det gjelder det alminnelige forsvarlighetskrav og bestemmelser som måtte bli gitt hvor dette konkretiseres. Bestemmelsen griper derimot ikke inn i private avtalepartnere selvbestemmelsesrett i rent institusjons- eller virksomhetsinterne forhold, som personal- og økonomisaker.

Kommunen har etter dette ansvar for alle sider av eget tilbud og av tilbud som gis etter avtale mellom kommunen og en privat tjenesteyter, institusjon eller enkeltperson. Disse private tjenesteyt-

erne går ikke selv inn under denne loven, bare under generelle profesjons- og tilsynsregler, i praksis Helsepersonelloven og Helsetilsynsloven. Kommunen har derfor et ansvar for å påse at de avtalene som inngås om at tjenestemottakere skal få ytelser fra private tjenesteytere, sikrer at tjenestene blir gitt med det innhold etter de kriterier som gjelder for kommunen selv. Men den som har påtatt seg å yte tjenester etter loven her ved slik avtale, har også et selvstendig ansvar for at de tjenester som gis er faglig forsvarlige, og Sosial- og helsetilsynet kan forholde seg direkte til tjenesteyter både ved kontroll og ved pålegg. Hvis tjenesteyter ser at det som skal leveres etter avtalen med kommunen, ikke oppfyller faglige forsvarlighetskrav, må hun eller han henvende seg til kommunen og gjøre oppmerksom på dette, og eventuelt be om revisjon av avtalen.

Tjenesteytere som bare har et avtaleforhold med tjenestemottaker, og hvor kommunen bare dekker utgiftene ved direkte utbetalinger, refusjon eller rundsumtilskudd, går derimot ikke inn under loven og kommunens direkte ansvar. Kommunen har imidlertid også her en selvstendig plikt til å følge med i situasjonen for tjenestemottaker, påse at denne får et forsvarlig tilbud, og sette inn tilleggsressurser hvor dette er nødvendig.

Til § 2-3:

I Sosialtjenesteloven kapittel 4 og Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 er det gitt en lang og til dels svært detaljert liste over oppgaver og tjenester som kommunen har ansvar for. Utvalget foreslår at oppstillingen av de sentrale oppgavene for kommunen etter loven her videreføres, men i en noe mer generalisert form enn i dag, og med en eksplisitt angivelse ("herunder") av at den ikke er uttømmende. En slik mer generalisert oppstilling innebærer ikke noen form for svekkelse av kravene til de kommunale sosial- og helsetjenestene, verken som helhet eller når det gjelder enkelttjenester, men er ment å gi en større fleksibilitet innen det som til enhver tid anses som faglig forsvarlig og hensiktsmessig. Oppstillingen vil også i denne mer begrensede form danne utgangspunkt for vurderingen av om det samlede kommunale tjenestetilbudet oppfyller lovens krav til faglig forsvarlighet.

Flere av de oppgavene som nevnes, har sitt motstykke i rettighetsbestemmelsen i utkastets § 3-1. Men enkelte oppgaver som bokstav a, b, og c, er av generell art, uten individuelle rettighetshavere, og må derfor omtales særskilt. Andre oppgaver, som bokstav d og bokstav e, pkt. vii, må nevnes fordi de ikke er knyttet til en motsvarende ret-

tighet, men forutsettes ivaretatt på grunnlag av et forvaltningsskjønn. For oversiktens skyld nevnes også de oppgavene som knytter seg til oppfyllelse av individuelle rettigheter.

Etter utvalgets oppfatning vil derimot en detaljert og spesifisert opplisting av de ulike *tjenesteformer* kunne være uheldig av flere grunner: For det første vil den lett gi føringer for organiseringen av de kommunale tjenestene som kan medføre et fragmentert, rigid og lite helhetlig tilbud. For det andre vil en slik angivelse av hvilke tjenester kommunen skal tilby, kunne føre til at man overser muligheten av å dekke innbyggernes behov ved interkommunale samarbeidsløsninger eller kjøp av nødvendige tjenester fra nabokommuner eller private tjenesteytere etter behov. Endelig har en slik opplisting lett den virkning at den virker enten ekskluderende i forhold til, eller i alle fall som nedprioritering av, andre typer tilbud som etter omstendighetene kan være viktigere eller mer adekvate enn de som er nevnt i loven.

Det foreslås på denne bakgrunn at man unngår en spesifisert opplisting av de tjenestetilbudene som kommunen har ansvaret for å gi. I stedet gis Kongen fullmakt i nr. 2 til å gi nærmere bestemmelser om krav til det tjenesteytende apparat om dette skulle vise seg nødvendig. Samtidig foreslås at innledningsordene til denne bestemmelsen endres slik at det fremgår bedre at det som kreves ikke er bestemte kommunale tjenestetilbud, men at kommunen sørger for at visse *oppgaver* blir ivaretatt.

Bokstav a omhandler krav som i dag følger av Sosialtjenesteloven § 3-5 og Kommunehelsetjenesteloven § 1-2, andre setning.

Bokstav b erstatter Kommunehelsetjenesteloven § 1-3, første avsnitt, nr. 1, bokstav a.

Bokstav c erstatter Kommunehelsetjenesteloven § 1-3, første avsnitt, nr. 5.

Bokstav d erstatter Sosialtjenesteloven § 3-1, tredje avsnitt.

Bokstav e, innledningen, erstatter Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første avsnitt nr. 1, bokstav b, c og e, og nr. 2, men slik at særskilt omtale av del-tjenester som helsestasjonsvirksomhet, helsetjeneste i skoler og helsetjeneste for innsatte er tatt ut som overflødig, og fordi en så høy spesifikasjonsgrad er egnet til å forstås som en avgrensning. Den angir i stedet i generell form de tilsvarende sosial- og helsefaglige oppgavene.

Bokstav e, punkt (i) erstatter Sosialtjenesteloven § 4-1 og den individrettede delen av Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 nr. 1, bokstav d.

Bokstav e, pkt. (ii), erstatter Kommunehelsetjenesteloven § 1-3, første avsnitt, nr. 3, men dekker også motsvarende sosiale tjenestetilbud.

Bokstav e, pkt. (iii), erstatter Sosialtjenesteloven § 4-2, bokstav a, men slik at omtalen av brukerstyrt personlig assistanse er flyttet herfra til § 3-1, bokstav c, som omtaler tjenestemottakers rett til praktisk og personlig hjelp.

Bokstav e, pkt. (iv), erstatter Sosialtjenesteloven § 4-2, bokstav d, og den rent pleie- og omsorgsfaglige delen av bokstav a, samt Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 nr. 4.

Bokstav e, pkt. (v), erstatter Sosialtjenesteloven § 4-2, bokstav b.

Bokstav e, pkt. (vi), er en referanse til rettighetsbestemmelsen i utkastets § 3-1 nr. 1, bokstav e, som erstatter Sosialtjenesteloven § 5-1, og erstatter i tillegg bestemmelsen i Sosialtjenesteloven § 5-2 om stønad i særlige tilfeller. Utvalget viser her til merknadene i punkt 5.7 om spørsmålet om tildeling av økonomisk stønad fortsatt bør en oppgave for den kommunale sosialtjenesten.

Bokstav e, pkt. (vii), erstatter Sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav e.

Bokstav e, pkt. (viii), er dels en referanse til rettighetsbestemmelsen i § 3-1, bokstav h, som erstatter Sosialtjenesteloven § 4-5, samtidig som den erstatter Sosialtjenesteloven § 3-4 og § 4-2 bokstav d, men slik at den særskilte omtalen av "plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, alder eller av andre årsaker" i Sosialtjenesteloven § 4-2, bokstav d, er tatt ut. Etter lovutkastet her er slike boformer ingen selvstendig rettslig kategori.

Nr. 2 gir Kongen mulighet for å gi bestemmelser om plikt for kommunene til å etablere og opprettholde bestemte tjenestetilbud som ikke kan dekkes på annen måte. Slike pålegg i forskriftsform kan være aktuelt hvor man ser det som et sosial- og helsepolitisk mål at bestemte tilbud, for eksempel jordmortjeneste, ergoterapi og bedriftshelsetjeneste, skal være tilgjengelig for alle borgere. Det forutsettes at man ellers viser stor tilbakeholdenhet med å gi slike spesifiserte påbud, og i stedet benytter muligheten for å påtale og reagere i medhold av tilsynsreglene når det ikke blir gitt et faglig forsvarlig tilbud til tjenestemottakere.

Til § 2-4:

Til nr. 1: Dette er et motstykke til det kvalitetskravet som kommer til uttrykk i bestemmelsen i Kommunehelsetjenesteloven § 6-3, første avsnitt, om at Statens helsetilsyn fører medisinskfaglig tilsyn med at kommunene fremmer helsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte. Tilsvarende krav gjelder selvsagt også for sosialtjenester.

Til nr. 2: Denne bestemmelsen erstatter Sosialtjenesteloven § 7-14, men rekkevidden av forskriftshjemmelen er utvidet til å omfatte kommunale sosial- og helsetjenester generelt, ikke bare "behandlings- og rehabiliteringstiltak" som i dag. Slike forskrifter vil være et nødvendig virkemiddel for å gi presise og forutsigbare styringssignaler om det nærmere innholdet av forsvarlighetskravet i nr. 1.

Etter utvalgets oppfatning bør bestemmelsene i Sosialtjenesteloven § 7-5 (Kommunens ansvar for boliger med heldøgns omsorgstjenester), § 7-6 (Inntak i og utskrivning fra bolig som nevnt i § 7-5), § 7-8 (Generelle krav til boliger med heldøgns omsorgstjenester), § 7-10 (Private institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester som ikke er tatt inn kommunens plan), § 7-11 (Rettigheter under opphold i institusjon/bolig med heldøgns omsorgstjenester) og § 7-12 (Forskrifter om hva som skal regnes som institusjon/bolig med heldøgns omsorgstjenester) tas inn i en slik forskrift i den utstrekning de ønskes videreført. Loven bør etter utvalgets oppfatning være arena-nøytral.

Kapittel 3. Rett til sosial- og helsetjenester

Til § 3-1:

Generelt: Her er sammenfattet de grunnleggende rettighetene som den som søker tjenester, har til ytelser fra kommunen innen lovens område. Tjenestemottakerens rettigheter er knyttet til et krav om en individuell vurdering av hennes eller hans individuelle behov, og dette foreslås sagt uttrykkelig i loven. Karakteristisk for rettighetsbestemmelsene er at de kan danne utgangspunkt for rettslige krav fra den enkelte tjenestemottaker, som i praksis blir håndhevet først og fremst i klagesaker. I tillegg til dette kommer så tilsynsmyndighetenes selvstendige ansvar for å påse at kommunen oppfyller kravene i § 2-3 med hensyn til et utbygd tjenestetilbud eller avtaleverk som oppfyller lovens krav.

Grunnvilkåret for et rettslig krav på tjenester er at det er tale om "nødvendig hjelp". I dette ligger to krav: For det første må det være tale om et behov som knytter seg til en minstestandard for helse, funksjonsevne eller sosiale forhold. Denne minstestandarden defineres av et faglig forsvarlighetskrav, slik dette har utkrySTALLISERT og utvikler seg i tjenestep praksis, tilsynspraksis og rettspraksis. Vi viser her til den nærmer omtale av kravet om faglig forsvarlighet i pkt. 8.4. Og dernest må det være tale om behov som tjenestemottaker ikke med rimelighet kan forventes å være i stand til å oppfylle selv.

Bestemmelsen angir tjenester som kommunen har rettslig plikt til å gi den som oppfyller lovens vilkår. Rettighetskatalogen er imidlertid gjort mest mulig generell og resultatrettet i utformingen. Spørsmålet om de tjenestene som blir gitt til vedkommende tjenestemottaker, oppfyller lovens minimumskrav, må avgjøres ut fra en helhetsvurdering av de tilbudene som gis til den enkelte.

Til bokstav a: I § 2-3 nr. 1, bokstav a, er gitt en bestemmelse om kommunens plikt til å gi generell informasjon og veiledning om sosiale og helsemessige forhold, og i bokstav e om informasjon, råd og veiledning til den enkelte borger. I § 3-1 bokstav a fastslås en rett for den enkelte tjenestemottaker til slik opplysning, råd og veiledning som kan avhjelpe sosiale og helsemessige problemer. I dette ligger at slikt tjenestetilbud skal være tilgjengelig i rimelig grad og omfang til enhver tid for den som har bruk for det. Bestemmelsen erstatter Sosialtjenesteloven § 4-1 og Kommunehelsetjenesteloven § 2-1, andre avsnitt.

Slik veiledning kan være både av praktisk art, ha form av henvisning til tjenestetilbud som kan avhjelpe tjenestemottakers behov, og gis som veiledning om tjenestemottakers juridiske rettigheter og mulighet til å få overprøvd avgjørelser som går i hans eller hennes disfavør.

Til bokstav b: Denne bestemmelsen fastslår en rett til medisinsk eller sosialfaglig hjelp i form av undersøkelse, utredning, vurdering, planlegging og tiltak som er nødvendig for å avhjelpe sosiale og helsemessige problemer, i tråd med det som i dag følger av Kommunehelsetjenestelovens og Sosialtjenestelovens bestemmelser. Hjelp til selvhjelp er et grunnleggende prinsipp for tjenestetilbudet etter loven her. I tråd med dette er habilitering, rehabilitering og opplæring omtalt særskilt.

Til bokstav c: Rett til praktisk og personlig hjelp og opplæring er i dag fastslått Sosialtjenesteloven § 4-3, jf. § 4-2 bokstav a og c. Dette anses også å ligge i retten til nødvendig helsehjelp etter Kommunehelsetjenesteloven § 2-1.

På samme måte som i dagens lov er brukerstyrt personlig assistanse omtalt som en selvstendig rettighet. Dette er en hjelpeform som er et sentralt virkemiddel for å oppfylle det generelle krav om at tiltakene "skal ta sikte på å styrke mottakerens funksjonsevne, og hans eller hennes evne til å leve et selvstendig og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre" (§ 1-4). Ved valg av hjelpeform skal det således legges stor vekt på hensynet til tjenestemottakers personlige integritet og selvstendighet. Ut fra dette må brukerstyrt personlig assistanse alltid vurderes når dette er ønsket av tjenestemottaker.

Til bokstav d: Også dette er en videreføring av gjeldende rett. Sosialtjenesteloven § 4-3 viser til § 4-2, bokstav d, om plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. Rett til nødvendig pleie og omsorg er også en del av retten til nødvendig helsehjelp etter Kommunehelsetjenesteloven § 2-1, jf. bestemmelsens tredje avsnitt. I praksis gis en betydelig del av slik pleie og omsorg i tjenestemottakerens eget hjem.

Til bokstav e: Denne bestemmelsen er en videreføring av Sosialtjenesteloven § 5-1. Bestemmelsen i Sosialtjenesteloven § 5-2 om at sosialtjenesten kan i særlige tilfeller gi stønad selv om vilkårene i § 5-1 er ikke oppfylt, er videreført i § 2-3.

Det er ikke nødvendig med en særskilt hjemmel i loven for at kommunen skal kunne gi mer enn det rettslige minimum, verken når det gjelder økonomiske ytelser, helsehjelp eller praktisk bistand. Slik bistand kan imidlertid være et viktig eller helt nødvendig tiltak i arbeidet for sosial rehabilitering eller for å gi stønadsmottaker et verdig liv. Søknad om slik bistand må behandles og avgjøres på samme måte som andre søknader om ytelser fra kommunen, med andre ord som sak om enkeltvedtak. I § 2-3 nr. 1, bokstav j, er imidlertid tilføyd som en oppgave for kommunen å gi økonomisk stønad til "for å overvinne eller tilpasse seg en vanskelig livssituasjon" som et eget alternativ ved siden av stønad til livsopphold, i listen over oppgaver for kommunen etter loven her.

Det vises ellers til omtalen i pkt. 5.7 av spørsmålet om tildeling av økonomisk stønad fortsatt bør være en oppgave for kommunen.

Til bokstav f: Bestemmelsene i Kommunehelsetjenesteloven § 2-1a, andre og tredje avsnitt, om fastlegeordningens nærmere innhold, og om fritak for enkelte kommuner fra denne, foreslås tatt ut av loven og i stedet tatt inn i forskrift. Dette gir en mer oversiktlig lovtekst og gjør det lettere å gi presiseringer og foreta justeringer i regelverket om dette etter behov.

Bokstav g erstatter Sosialtjenesteloven § 4-5.

Til nr. 2: Bestemmelsen er en videreføring av Kommunehelsetjenesteloven § 2-2, men slik at rekkevidden av bestemmelsen fastslås ved en aldersgrense. For unge over 16 år gjelder de alminnelige regler om plikt for kommunen til å skaffe et forsvarlig helsetjenestetilbud,

Et sentralt element i denne bestemmelsen er at den etablerer en rettslig plikt for foreldrene til å medvirke til at barnet får slik helsekontroll. Slik helsekontroll er viktig for å forebygge og avdekke sykdom og fremme barnets helse.

Nr. 3 erstatter Sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav b og e, jf. § 4-3, og § 4-4.

Til § 3-2:

Generelt: Bestemmelsene i § 3-2 i lovutkastet her er en sammenfatning og klargjøring av gjeldende rett når det gjelder adgang til å stille vilkår overfor tjenestemottaker for at hun eller han skal motta sosial- eller helsetjenester. Det vises til fremstillingen og drøftingen av denne problemstillingen i pkt. 8.7 og 8.8.

Som alminnelig utgangspunkt er det ikke adgang til å oppstille vilkår overfor en tjenestemottaker for tildeling av en ytelse hun eller han har rettskrav på. Ved ytelser som tildeles på grunnlag av et forvaltningsskjønn hvor det ikke foreligger et rettskrav på vedkommende ytelse, er det derimot lagt til grunn at det kan oppstilles vilkår som har nær saklig sammenheng med tildelingsvedtakets formål eller administreringen av dette, og som ikke er uforholdsmessig tyngende for den private part.

I Sosialtjenesteloven § 5-3 er det en særskilt hjemmel for bruk av vilkår ved tildeling av økonomisk stønad, som i sin form tilsvarende de ulovfestede regler om adgang til å benytte dette virkemidlet. Denne bestemmelsen er imidlertid gitt generell form, og det er lagt til grunn at den også hjemler vilkårstillegg ved tildeling av nødvendig stønad til livsopphold etter lovens § 5-1, ytelser som tjenestemottakeren i utgangspunktet har rettskrav på. Adgangen til å sette vilkår ved et slikt lovbundet vedtak vil dermed etter sitt innhold kunne innebære at tjenestemottaker ikke får den ytelsen hun eller han ville hatt krav på hvis vilkåret ikke oppfylles, men sosialtjenesten vil fortsatt ha ansvar for å påse at hun eller han får de ytelser som er helt nødvendige, en "nødhjelp".

Noen tilsvarende vilkårshjemmel finnes ikke for tjenester etter Sosialtjenesteloven kapittel 4 eller etter Kommunehelsetjenesteloven. En del av de ytelsene som det her vil være spørsmål om å gi, vil imidlertid være av en slik karakter at det vil være aktuelt å kreve en eller annen form for medvirkning fra tjenestemottakers side om de skal tjene sitt formål, særlig rehabiliteringsmessig. Det vil da kunne være aktuelt å stille vilkår for at tjenestemottaker skal få akkurat denne ytelsen, med den konsekvens at hvis tjenestemottaker ikke oppfyller vilkåret, vil hjelpe- eller pleiebehovet bli søkt imøtekommet på en annen måte. I forhold til Sosialtjenesteloven § 4-3 er det i tillegg lagt til grunn at det er en viss adgang til å sette vilkår også for ytelser etter dette kapitlet, på linje med det som er fastsatt i § 5-3.

Generelt for sosial- og helsetjenester gjelder at man bør være tilbakeholden med ensidig vilkårstillegg, også hvor vilkåret i seg selv kan fremtre som hensiktsmessig og ikke urimelig. Et vilkår overfor

en tjenestemottaker som er avhengig av en ytelse av denne karakter, vil lett oppleves som et umyndiggjørende inngrep i vedkommendes handlefrihet. Det at det settes et vilkår, kan i seg selv oppleves som en krenkelse av personlig autonomi og som uttrykk for mistillit. Vilkårstillegg bør derfor bare skje hvor det ikke er mulig å komme fram til en tilfredsstillende løsning på frivillig grunnlag, og hvor de hensyn som vilkåret skal ivareta, er så viktige at de kan rettferdiggjøre et slikt inngrep i tjenestemottakers autonomi.

Til nr. 1: I første setning fastslås den alminnelige regel om adgang til å sette vilkår for sosial- og helsetjenester. I de to følgende setninger er det så oppstilt to viktige generelle begrensninger i denne adgangen til vilkårstillegg: For det første er dette et virkemiddel som bare skal brukes i situasjoner hvor det ikke har vært mulig å få til et frivillig samarbeid med tjenestemottaker om det spørsmålet det er tale om å regulere på denne måten. Og for det andre kan slike vilkår som alminnelig utgangspunkt ikke gjøre inngrep i tjenestemottakers lovfestede rettigheter etter loven her eller ellers. Unntaket fra dette er adgangen til å sette ned eller endre ytelsen etter nr. 4.

Nr. 2 er en videreføring av bestemmelsen i Sosialtjenesteloven § 5-3, andre avsnitt. Bestemmelsen har som funksjon å gjøre det klart at dette er en type vilkår som kan benyttes hvor det er et egnet virkemiddel for realiseringen av lovens rehabiliteringsformål. De generelle bestemmelsene om bruk av vilkår i nr. 1, 3 og 4, gjelder også her.

Nr. 3 er videreføring av bestemmelsene i Sosialtjenesteloven § 5-3, andre og tredje setning. Dette er en lovfesting for sosial- og helsetjenester av rettssikkerhetsmessige begrensninger som også følger av ulovfestet rett.

Til nr. 4: Dette er en ny lovbestemmelse, men er i realiteten en lovfesting av etablert forståelse og praksis når det gjelder vilkårstillegg ved denne typen tjenester. Den faglig ansvarlige har ansvaret for å vurdere hvor smertegrensen ligger når det gjelder hvor langt man kan redusere ytelsene, og når man bare genererer nye og større problemer ved å skjære ytterligere ned på disse.

Til § 3-3:

Til nr. 1: Her fastslås for det første at lovens hovedregel er at stønad til livsopphold gis som kontantbidrag – altså som pengeoverføringer. Dette følger i dag av Sosialtjenesteloven § 5-4 når denne leses i sammenheng, men gjøres tydeligere på denne måten. I slutten av nr. 1 er tatt inn samme regel som i dag står i Sosialtjenesteloven § 5-5. Utbeta-

ling til andre enn den som har søkt om stønad, vil i praksis kunne være aktuelt ved betaling til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid, for avlastningstiltak, til støttekontakter, og til brukerstyrte personlige assistenter

Nr. 2, første setning er samme regel som følger av Sosialtjenesteloven § 5-4, andre avsnitt, men med tre mindre justeringer: For det første er "garanti for lån" føyd inn. At dette er en aktuell stønadsform, fremgår i dag av denne bestemmelsens første avsnitt. For det andre er tilføyd "på de angitte vilkår" for tydelighets skyld, etter "vil bli i stand til å tilbakebetale lånet". For det tredje er det i tillegg føyd inn også "uten urimelig oppofrelse". Dette er inngangsvilkår for å oppnå gjeldsordning etter Gjeldsordningsloven § 1-3 første avsnitt, andre setning. Det kan ikke være meningen at tjenestemottaker skal kunne komme i en situasjon hvor hun eller han må søke gjeldsordning på grunn av krav om tilbakebetaling av lån gitt av kommunen etter denne bestemmelsen.

Nr. 2, andre setning, er samme regel som i dag står i Sosialtjenesteloven § 5-4, tredje avsnitt.

Nr. 2, tredje setning er samme regel som i dag står i Sosialtjenesteloven § 5-7, men slik at hjemmelen for tvangsgrunnlag ved refusjonskrav fordi det er gitt uriktige opplysninger ved henvisning til Sosialtjenesteloven § 5-6, er flyttet sammen med den materielle regelen om refusjonsrett, se utkastets § 3-5, siste setning.

Til nr. 3: Denne bestemmelsen erstatter Sosialtjenesteloven § 5-4, siste avsnitt og gjelder i alle situasjoner hvor det er spørsmål om gi stønad til livsopphold på annen måte enn ved ordinære pengeoverføringer, herunder også rekvisisjoner og lignende. Det er her tale om stønadsformer som vil kunne oppleves som krenkende og stigmatiserende av tjenestemottaker, og hvor det må settes strenge krav til begrunnelsen for å beslutte en slik tildelingsform.

Det er imidlertid foretatt én justering i forhold til Sosialtjenesteloven § 5-4, siste avsnitt: Mens denne knytter vedtak om slik tildelingsform til formelle vilkår for stønad i medhold av lovens regler om dette, foreslås det nå at vurderingen av om det skal være adgang til å treffe vedtak om bruk av denne formen for stønad, er knyttet direkte til hvorvidt dette er helt nødvendig for å realisere formålet med stønaden. Dette betyr en viss forenkling av den formelle vedtaksprosedyre, men innebærer ingen oppmyking av lovens meget strenge vilkår for å vedta en slik tildelingsform i situasjoner hvor tjenestemottakeren ikke selv ønsker dette.

I tillegg til de begrensningene som følger av bestemmelsen her, vil også reglene om taushets-

plikt sette skranker for bruk av denne formen for stønadstildeling, fordi den normalt synliggjør at tjenestemottakeren mottar ytelser fra sosialtjenesten. Det er da nødvendig at tjenestemottaker samtykker i dette, og slikt samtykke vil bare kunne kreves hvis denne eksponeringen er helt nødvendig for å realisere lovens formål, gjøres så begrenset som mulig, og ikke må oppfattes som et urimelig eller uforholdsmessig byrdefullt inngrep i tjenestemottakerens privatsfære.

Til § 3-4:

Nr. 1 er en oppdatert versjon av Sosialtjenesteloven § 5-8.

Nr. 2 tilsvare Sosialtjenesteloven § 5-9.

Til § 3-5:

Denne bestemmelsen tilsvare Sosialtjenesteloven § 5-6, men det er foretatt noen formuleringssmessige justeringer. I tillegg er hjemmelen for tvangsinn drivelse av slike krav flyttet inn her,

Til § 3-6:

Reglene om individuell plan er et sentralt element i arbeidet med å samordne ulike tjenestetilbud. Det viser til omtalen av dette i kapittel 10.

I nr. 1 første setning fastslås at kommunen har en selvstendig plikt til å utarbeide individuell plan for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenestetilbud. Avgjørelsen av om lovens vilkår for en slik plikt er oppfylt, må skje på grunnlag av en helhetlig vurdering av om tjenestens varighet og kompleksitet tilsier at enkeltbeslutningene om denne bør forankres i et slikt dokument, og innenfor rammen av et samlet vedtak basert på dette, se § 3-8. I dette ligger at kravet til varighet vil kunne være vesentlig mindre ved komplekse og sammensatte tjenestetilbud hvor samordning er en sentral problemstilling, enn hvor det er tale om et sammensatt tjenestetilbud hvor samordningsproblematikken er enkel og lett å håndtere.

I *andre setning* er "forskrift" i Sosialtjenesteloven § 4-3a og i Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a erstattet med "nærmere bestemmelser". Dette er dels gjort for å få fram at et her er tale om en *utfylling* av lovens regel, ikke noen selvstendig hjemmel til å korrigere eller justere rekkevidden av denne, og dels fordi begrepet "forskrift" ikke opplagt er det riktige når det kun er tale om en "rett" til et planleggingsdokument, ikke til noen bestemte ytelser.

Til nr. 2: Kommunen har en selvstendig plikt til å vurdere om en tjenestemottaker faller innenfor den gruppen som det etter nr. 1 skal utarbeides en individuell plan for. Tjenestemottakeren kan imidlertid be om at det utarbeides en slik plan for ham eller henne, og kommunen må da ta stilling til anmodningen.

En slik anmodning kan behandles helt formøst. Tjenestemottaker må selvsagt konsulteres hvis hun eller han kan anses å være i stand til å forholde seg til spørsmålet, men hovedsaken er den faglige vurdering av hvorvidt denne tjenestemottakeren har et slikt behov for langvarige og koordinerte tjenester at det gir mening å utarbeide en slik plan. I praksis skal det formodentlig mye til før en slik anmodning avslås.

Hvis en anmodning om individuell plan avslås, kan tjenestemottakeren påklage avslaget etter reglene om klage over enkeltvedtak i Forvaltningsloven, med de tilpasninger som er fastslått i utkastets § 4-6. Ved klagevurderingen vil fylkesmannen ta stilling til om lovens vilkår for plikt til å utarbeide individuell plan er til stede.

Som alminnelig utgangspunkt er det bare tjenestemottakeren selv som kan fremsette en slik formell anmodning. Pårørende og andre kan bare rette uformelle henvendelser til kommunen, og vil ikke ha noen form for klagerett hvis kommunen enten ikke gjør noe med henvendelsen, eller etter å ha vurdert saken, kommer til at det ikke er behov for noen slik plan. Hvis tjenestemottakeren ikke er i stand til å ivareta sine interesser på grunn av fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse, kan imidlertid nærmeste pårørende (se utkastets § 1-3, bokstav c) fremsette slik anmodning. I disse situasjonene vil også verge eller hjelpeverge kunne fremsette anmodning om individuell plan, uavhengig av tjenestemottaker har noen pårørende og av hva disse mener.

Til nr. 3: Andre kommunale tjenester enn sosial- og helsetjenester vil kunne samordnes med disse i kraft av kommunestyrets og administrasjonssjefens generelle overordnede instruksjonsmyndighet. Bestemmelsen pålegger kommunen å benytte denne samordningsmuligheten, men selvsagt bare så langt det er reelt samordningsbehov mellom disse tjenestene og sosial- og helsetjenestene.

Ved samarbeid innen kommunene med andre tjenestegrener enn sosial- og helsetjenesten er det viktig at alle deltakere vet hvem de skal holde seg til og hvem som er ansvarlig for samordningen i forhold til det enkelte tjenestenivå. Det kan også være avgjørende viktig at de som er ansvarlig innen de enkelte deltjenestene, trekkes inn i arbeid

det med utarbeidingen av den individuelle planen så tidlig som mulig.

Til nr. 4: Ordningen med en utpekt planansvarlig er nytt i utkastet her. En slik person, med et overordnet koordineringsansvar, bør utpekes så snart arbeidet med en slik plan tas opp. Planansvarlig behøver imidlertid ikke være en person med overordnet instruksjonsmyndighet i forhold til de enkelte tjenestetypene som er involvert. Oppgave som planansvarlig er på dette trinn i prosessen også et *utrederansvar*.

Til nr. 5: Hvis flere tjenestenivåer skal medvirke ved behandling eller omsorg, er det særlig viktig at det etableres et formelt grunnlag for et samordnet tjenestetilbud. Nr. 5 etablerer en plikt for ulike tjenesteytende nivåer til å utarbeide en felles plan for tjenestetilbudet i slike situasjoner. I og med at ingen av de tre tjenesteytende nivåene vil ha styringskompetanse i forhold til de to andre, må denne planen ha karakter av en avtale mellom disse. Alle parter i dette avtaleforholdet vil kunne si opp en slik avtale, men da må det utarbeides en ny felles plan. Selve vedtakene om hvilke tjenester som skal gis, må fortsatt treffes på det individuelle tjenestenivå, eventuelt i form av et samlet vedtak for de tjenestene som skal ytes her, jf. § 3-8.

Ved felles individuell plan for to eller tre tjenestenivåer i medhold av denne bestemmelsen er det ingen som har overordnet myndighet over mer enn ett av disse. Behovet for en ansvarsperson som kan si fra når det oppstår problemer og bringe disse videre til rette vedkommende, kan da bli særlig uttalt, og denne planen må derfor ha en bestemmelse om dette.

Begrunnelse for det alternative forslaget:

Det er tjenestemottakers behov og mål som må være i fokus, ikke kommunens plikt til å samarbeide. Individuell plan har sin hovedverdi som tjenestemottakers plan, ikke som et faglig verktøy.

Samarbeid for å sikre gode koordinerte tjenester er et faglig spørsmål knyttet til helse og sosialfaglig metode som i liten grad kan løses gjennom krav om individuell plan. Ressurser knyttet til planarbeid bør derfor konsentreres om de tilfeller der bruker, pårørende eller tjenesteyter, ser at slik plan vil ha en klar verdi. Krav om plan for alle tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenestetilbud vil føre til uønsket byråkratisering i form av standardiserte planer. For tjenestemottakere med kompliserte behov som forandrer seg ofte, vil planen ikke gjenspeile de viktigste tjenestene.

En "skal" regel kan undergrave lovens autoritet. Det er en reell fare for at gjennomføring av lovens krav vil komme i konflikt med knappe ressurser innen helse og sosialsektoren. De gode intensjonene bak individuell plan kan derfor lett komme i bakgrunnen. Dersom bestemmelsen ikke etterleves må en anta at tjenestemottaker i liten grad vil gå til fylkesmannen eller domstolene saken.

Til § 3-7:

Til nr. 1: Her oppstilles hovedkravene til innhold og utforming av individuelle planer. Mer spesifiserte krav forutsettes utarbeidet av Kongen i medhold av nr. 4. Her må det gis rom for at utformingen av planene bør kunne variere ganske mye både med karakteren og kompleksiteten av tjenestetilbudet, og med hvor stabilt og forutsigbart tjenestebehovet er. Det må således tas høyde for at i noen sammenhenger vil vesentlige elementer av planen kunne ha karakter av en beredskap som kan trappes opp eller ned avhengig av tjenestemottakers tilstand og forholdene for øvrig.

Til nr. 2: Her understrekes den individuelle planens karakter av et redskap til samarbeid og samhandling med tjenestemottaker, og kravet om respekt for hans eller hennes personlige autonomi. Planen skal utformes *i samarbeid med* tjenestemottaker, og hun eller han har rett til å motsette seg at slik plan blir utarbeidet overhodet. Det forhold at det i så fall ikke blir utarbeidet et formelt plandokument, vil imidlertid ikke avskjære kommunen fra å samordne de tjenestene som gis, der det er saklig behov for dette.

Til nr. 3: Når planen er utarbeidet er oppgaven for planansvarlig dels å være kontaktledd i forhold til tjenestemottaker, slik at hun eller han slipper å gå på leting i systemet for å finne hvem som har ansvar for å gjøre noe med problemer som oppstår, og dels å sikre at samordningen fungerer og følges opp slik som forutsatt.

Til nr. 4: Bestemmelsene om krav til arbeidet med og utforming av de individuelle planene vil være viktige instrumenter ved arbeidet med å utvikle denne forvaltningsmodellen. Bestemmelsene bør etter utvalgets mening mer ta sikte på å angi sjekkpunkter for arbeidet med slike planer, enn å gi presise bindende direktiver om form og innhold av disse.

Til § 3-8:

Til nr. 1: En individuell plan er et faglig dokument som sammenfatter vurderinger av behov, prognoser og virkemidler. Denne planen er i utgangspunktet bare et faglig og administrativt dokument

som først får direkte rettsvirkninger når det treffes vedtak om tildeling av tjenester på grunnlag av dette. Det er her grunnleggende viktig at de ulike tjenestegrener og tjenestenivåer samtaler med hverandre både om de faglige og om de ressursmessige spørsmål saken reiser. Det må etableres systemer som sikrer at de ulike deler av forvaltningsapparatet snakker med hverandre og ikke bare til hverandre.

For å få den nødvendige samordningseffekt og forutberegnelighet for tjenestemottakeren må det også treffes et samlet vedtak av et kompetent forvaltningsorgan. Dette samlede vedtaket er en beslutning som gir tjenestemottaker rett til visse tjenestetilbud, eventuelt i et visst tidsrom eller inn-til videre, og etablerer en tilsvarende rettslig plikt for kommunen og de aktuelle tjenesteytere til å gi dette så langt vedtaket rekker og er i kraft.

Til nr. 2: Samlet vedtak kan være nyttig for å koordinere tjenestene og gi en helhetlig oversikt over de tilbudene som skal gis, selv om det ikke er tale om et så komplekst eller langvarig forhold at det skal utarbeides individuell plan etter § 3-6. Et slikt samlet vedtak kan også gi ryddigere og mer helhetlig saksbehandling og klagebehandling, se utkastets § 4-1 nr. 2.

Det vil også kunne være situasjoner hvor tjenestemottaker opplever sin situasjon som uoversiktlig og lite forutberegnlig, selv om det ikke er noe egentlig samordningsbehov fra kommunens side. Det foreslås derfor at tjenestemottaker alltid kan kreve et slikt samlet vedtak, uavhengig av om vilkårene for å kreve individuell plan er oppfylt. Hvis det er tale om enkle og oversiktlige tjenesteytingsforhold, bør det være lite krevende å utforme et slikt samlet vedtak. Hvis det oppleves som problematisk å skulle gjøre dette, vil det være en indikasjon på at tjenestemottakers ønske er legitimt og velbegrunnet.

Til nr. 3: Det er viktig at det er klart hvilket kommunalt organ som har oppfølgings- og endringsansvaret i forhold til samlet vedtak. Hvis ikke noe annet er fastsatt, er dette det samme organet som traff det opprinnelige vedtaket, men her kan vi også tenke oss delegasjon til underordnet kollegialt orga, til arbeidsutvalg, til utvalgsleder eller til administrasjonen, men da hele tiden med rapportering til det organet som har det overordnede forvaltningsansvaret for vedkommende tjenestemottaker.

Til nr. 4: Ved sammensatte vedtak kan det være behov for å kunne foreta justeringer når det gjelder utforming og omfang av deltjenester, uten å måtte gå hele veien til topps i systemet før slik endring kan iverksettes. Samtidig er det viktig at det organet som har det overordnede ansvaret, tvinges til å

holde seg a jour med og forholde seg til endringer i deltilbudene.

Til nr. 5: Hvis det er utarbeidet en felles plan for flere tjenestenivåer, vil det samlede vedtaket bare angå det kommunene skal yte. Bidrag fra statlige eller fylkeskommunale tjenester inngår i denne sammenheng bare som premisser for det samlede vedtaket., Den individuelle planen må da forankres i en avtale som forplikter det eller de andre tjenestenivåene til å treffe motsvarende vedtak om tildeling av tjenester fra disse.

Denne avtalen er imidlertid i seg selv bare et forhold mellom tjenestenivåene, og kan ikke påklages av tjenestemottakeren. Hun eller han kan bare påklage de vedtakene som ligger til grunn for eller inngår som elementer i denne avtalen, altså hver av aktørenes bidrag til planen.

Kapittel 4. Saksbehandling ved vedtak om tildeling av tjenester

Til § 4-1:

Til nr. 1: Avgjørelse om tildeling av tjenester etter Sosialtjenesteloven er som alminnelig regel enkeltvedtak, se dennes § 8-1, andre avsnitt, første setning. I Kommunehelsetjenesteloven er det derimot fastslått (§ 2-1, tredje avsnitt) at Forvaltningsloven ikke gjelder vedtak om tildeling av helsehjelp. Ved lov nr. 110 2003 (i kraft 1.9.2004) er det gjort et tilsvarende helt generelt unntak fra Forvaltningsloven ved avgjørelser om tildeling av helsehjelp og transport etter Pasientrettighetsloven kapittel 2.

Unntakene i Kommunehelsetjenesteloven og Pasientrettighetsloven har liten praktisk betydning. Bestemmelsene i Pasientrettighetsloven om rett til medvirkning og informasjon (kapittel 3) og om rett til journalinnsyn (kapittel 5) ivaretar pasienters partsrettigheter i alt vesentlig på samme måte som reglene om kontradiktorisk saksbehandling i Forvaltningsloven kapittel IV og V, og ved klage over tildelingsbeslutninger med mer etter Pasientrettighetsloven gjelder Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak og klage "så langt de passer" ved klageinstansens saksbehandling, med visse særregler (Pasientrettighetsloven § 7-6). Tilsvarende må antas å gjelde ved klage etter Kommunehelsetjenesteloven § 2-4. Og for vedtak om tildeling av hjemmesykepleie eller om plass i sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie, gjelder Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak, med de samme særregler som gjelder ved tildeling av ytelser etter Sosialtjenesteloven som flere konkurrerer om, se Kommunehelsetjenesteloven § 2-1, fjerde og femte avsnitt, og Sosialtjenesteloven § 8-1, andre setning.

En samordning av forvaltningen av kommunale sosial- og helsetjenester krever at det gjelder de samme regler om saksbehandlingen uavhengig av om det er tale om sosialtjenester eller helsetjenester, og det foreslås at Forvaltningslovens regler skal gjelde på vanlig måte ved tildelingsbeslutninger etter loven her, men med videreføring av særreglene for situasjoner hvor flere konkurrerer om et knapphetsgode. Se om dette nr. 3 i utkastet til paragrafen her.

Til nr. 2: Første setning angår spørsmålet om hva som kan gjøres til selvstendig klagegjenstand. I noen situasjoner vil beslutninger hvordan en tjeneste gis, som tidspunkt, praktisk gjennomføring og regelmessighet, kunne være nesten like viktig for tjenestemottaker som selve tildelingsbeslutningen, og det er da rimelig at det er adgang til å klage også på dette. Så lenge de gjennomføringsbeslutningene som tas ikke strider mot selve tildelingsvedtaket, bør de imidlertid ikke behandles som særskilte klage tema. Klagegjenstand må da være det tjenestetilbudet som gis i sin helhet, med det innhold den rent faktisk har fått, og da slik at man ved klagebehandlingen kan ta stilling til og fatte vedtak om elementer vedrørende den praktiske gjennomføring av tjenestetilbudet som man mener det er rimelig at angis mer presist slik saken nå står.

I og med at det her normalt er tale om en løpende ytelse, vil klagefristen etter Forvaltningsloven § 29 ikke ha vesentlig betydning. Klagefristen vil begynne å løpe fra tjenestemottaker setter fram anmodning om endring av tjenestens innhold.

Andre setning er en konsekvens av bestemmelsen om samlet vedtak i § 3-8. Hvis det foreligger et slikt samlet vedtak, normalt basert på en individuell plan, er det lite meningsfullt for klageinstansen å skulle ta stilling til enkeltelementer i tjenestetilbudet, løsrevet fra den helhetlige sammenhengen.

Til nr. 3: Første setning er en reformulering av bestemmelsene i Sosialtjenesteloven § 8-1, andre avsnitt, andre og tredje setning, og Kommunehelsetjenesteloven § 2-1, fjerde og femte avsnitt, jf. tredje avsnitt. De to siste setningene er ny lovtekst, men bare en presisering av hva som må anses å gjelde også i dag når det skal gis begrunnelse etter reglene i Forvaltningsloven §§ 24 og 25.

Til § 4-2:

Nr. 1 er identisk med Sosialtjenesteloven § 8-3, første avsnitt, men "under 18 år" er tatt ut som uten selvstendig mening i denne sammenhengen.

Nr. 2 er samme regel som Sosialtjenesteloven § 8-3, andre avsnitt.

Til § 4-3:

Nr. 1 er i alt vesentlig identisk med Sosialtjenesteloven § 8-5, første avsnitt

Nr. 2 tilsvarende Kommunehelsetjenesteloven § 3-4. Andre avsnitt i denne, om at pålegg bare skal gis når de er saklig begrunnet og nødvendig, er erstattet med et krav om opplysningene må være nødvendig for det aktuelle formål.

Nr. 3 er samme regel som i dag står i Sosialtjenesteloven § 8-5, andre avsnitt.

Nr. 4 er ny. Av hensyn til et faglig forsvarlig samordnet tjenestetilbud vil det kunne være behov for slik innhenting av opplysninger fra andre private og offentlige tjenesteytere. Etter omstendighetene vil det kunne være rimelig at det gis en viss økonomisk kompensasjon for det arbeidet slik innsamling og sammenstilling av opplysninger kan innebære for avgiveren.

Til § 4-4:

Dette er samme regel som i Sosialtjenesteloven § 8-5a og Kommunehelsetjenesteloven § 2-4, men med en litt annen språklig utforming.

Til § 4-5:

Denne bestemmelsen erstatter Sosialtjenesteloven § 8-8a, men også reglene i Helsepersonelloven § 32 er gjentatt her for tydelighets skyld, med noen justeringer.

Til nr. 1: Dette er samme regel som Helsepersonelloven § 32, første avsnitt, men bestemmelsen er gjort generell, slik at den gjelder på tvers av alle administrative og profesjonsmessige inndelinger i kommunen.

Til nr. 2: Denne bestemmelsen tilsvarende Helsepersonelloven § 32, andre avsnitt, og Sosialtjenesteloven § 8-8a. I stedet for "de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om sosiale tjenester" (Helsepersonelloven § 32) og "de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester" (Sosialtjenesteloven § 8-8a) er påleggskompetansen lagt til "den faglig ansvarlige". Dette avspeiler at kommunen forvaltningsrettslig er ett organ, og at spørsmålet om hvem som skal ha slike opplysninger og har kompetanse til å utøve slik påleggsmyndighet, følgelig avgjøres av kommunens interne delegasjonsreglement, slik det kommer til uttrykk i organisasjonsplanen i kommunen.

Til § 4-6:

Til nr. 1: Det foreslås at vi på samme måte som i dag har egne klagereregler for henholdsvis tilde-

lingsvedtak og tvangsvedtak, mens vedtak om miljørettet helsevern følger de ordinære reglene i Forvaltningsloven helt ut.

Klageinstans er fylkesmannen. Dette er samme regel som i Sosialtjenesteloven § 8-6, første avsnitt, men innebærer en endring i forhold til Kommunehelsetjenesteloven § 2-4, hvor det er et tottrinns klagesystem, hvor klage først går til et kommunalt klageorgan, og hvor klager deretter må klage videre til helsetilsynet i fylket hvis hun eller han fortsatt ikke fornøyd.

I Pasientrettighetsloven § 7-1 må pasienten først sette fram en "anmodning om oppfyllelse" av sine rettigheter, og kan først etter eventuelt avslag fra kommunen på en slik anmodning, klage avgjørelsen inn for helsetilsynet i fylket (Pasientrettighetsloven § 7-2). Bestemmelsen i § 4-6 vil tre i stedet for denne regelen når det er tale om klage over vedtak om tildeling av helsetjeneste etter utkastet her. For å få et enhetlig klagesystem i alle saker om pasientrettigheter bør det foretas en tilsvarende endring i Pasientrettighetsloven. I denne forbindelse kan det også være grunn til å vurdere om man ønsker å opprettholde dagens ordning hvor vedtak om tildeling av helsetjenester er unntatt fra Forvaltningslovens regler.

Nr. 2: er samme regel som Forvaltningsloven § 33, andre avsnitt, første og andre setning. Den tas inn også her for oversiktens og sammenhengens skyld.

Nr. 3 er nytt i forhold til dagens lovgivning. På de saksområder det her er tale om, er det gjennomgående svært viktig å få en raskest mulig avgjørelse.

Første setning tar sikte på å eliminere den forsinkelsen som vil kunne oppstå hvis tjenestemottaker skal være nødt til å starte med ny klage også ved mindre endringer i vedtaket til hans eller hennes gunst, når disse går kortere enn det som det er fremsatt krav om. Her foreslås en "speilvendning" av dagens regel; i stedet for å kreve en ny klage for at saken skal gå videre, fastsettes at klagen alltid sendes videre når klager ikke har fått fullt medhold, hvis ikke hun eller han har meddelt at klagen nå trekkes.

Andre setning tar sikte på å eliminere forsinkelser som følge av at klagen blir liggende til vurdering i kommunen. Dette kan være et alvorlig rettssikkerhetsproblem for tjenestemottaker. Konsekvensen av denne fire ukers fristen vil kunne bli at en del kommuner rett og slett ikke maktet å behandle klagen, men bare må sende dem videre til fylkesmannen. De vil imidlertid ha mulighet til å uttale seg om klagen også etter oversendelsen.

Til nr. 4: Her gis det bestemmelser om rekkevidden av fylkesmannens overprøvningskompetanse. Spørsmålet om fylkesmannen kan og bør prøve forvaltningsskjønnet i saker om sosial- eller helsetjenester er omstridt. I dag er situasjonen at fylkesmannen har en uklart begrenset adgang til å foreta slik prøving ved klage over vedtak etter Sosialtjenesteloven, se Sosialtjenesteloven § 8-7, andre setning: "Når det gjelder prøvingen av det frie skjønn [dvs. forvaltningsskjønnet eller de sider av skjønnsutøvelsen som ikke kan overprøves av domstolene], kan fylkesmannen likevel bare endre vedtaket når skjønnet er åpenbart urimelig." Fordi grensene for når et forvaltningsskjønn kan prøves på grunn av klar eller grov urimelighet er såpass uskarpe, blir denne distinksjonen i praksis i beste fall uklar, i verste fall uten betydning. Det kan også synes som om praksis i fylkesmannsembetene har vært nokså sprikende når det gjelder hvor langt man har gått i sin overprøving.

Også forståelsen av bestemmelsene i Kommunehelsetjenesteloven § 2-4, første avsnitt, og Pasientrettighetsloven § 7-2, første avsnitt, er usikker når det gjelder omfanget av prøvingen i klageinstansen.

Kommunehelsetjenesteloven § 2-4 er en bestemmelse om klage på "avgjørelsen etter § 2-1", en bestemmelse som omhandler "rett til helsehjelp", altså hva tjenestemottaker har rettskrav på, men bestemmelsen omtaler også tildelingsbeslutninger som angår konkrete tjenestetilbud hvor det må aksepteres at retten til nødvendig helsehjelp ikke med nødvendighet innebærer en rett til akkurat denne tjenesten.

Pasientrettighetslovens bestemmelse i § 7-2 om klagerett omhandler klage over at "den som yter helsehjelp, avviser anmodningen etter § 7-1 eller mener rettighetene er oppfylt". Den anmodning det er tale om, er i følge § 7-1 en anmodning fra den som mener at visse nærmere angitte bestemmelser om pasientrettigheter i loven "er brutt", "om at rettigheten blir oppfylt", noe som tilsynelatende er en rent rettslig vurdering. I teorien er det til dels lagt til grunn at man ikke skal lese en slik begrensning inn i denne formuleringen, men det er usikkert om det i praksis finner sted prøving av forvaltningsskjønnet i slike saker i nevneverdig omfang.

Utvalgets medlemmer Halvorsen, Kjellevoll, Mandal, Røkke, Sund og Vist mener det bør legges til grunn som et generelt prinsipp at klageorganets kompetanse ikke skal være begrenset til lovlighetskontroll. Mulighet til å få overprøvd forvaltningsvedtak er en grunnleggende rettsikkerhetsgaranti. Den alminnelige ordning er at forvaltningsvedtak kan overprøves av overordnet organ,

som underkaster saken en full ny behandling og således prøver alle sider av vedtaket. I en full overprøving inngår kontroll med vedtakets faktiske grunnlag, saksbehandlingen, lovtolkning og om skjønnsutøvelsen er hensiktsmessig og rimelig.

Av rettsikkerhetsmessige hensyn er overprøving av kommunale vedtak etter helse- og sosiallovgivningen lagt til statlig organ (fylkesmannen/helsetilsynet i fylket).

Etter gjengs oppfatning er vedtak etter Kommunehelsetjenesteloven og Pasientrettighetsloven gjenstand for full overprøving. Ordningen etter Sosialtjenesteloven er derimot at fylkesmannens kompetanse er begrenset når det gjelder prøving av skjønnet idet fylkesmannen bare kan prøve om dette er åpenbart urimelig. En slik overprøvningskompetanse ligger nært opp til såkalt lovlighetskontroll hvor det bare kan prøves om skjønnet er grovt urimelig.

Lovlighetskontroll er på dette punkt lik en domstolsprøving. Med mindre annet er sagt i loven, eller klart fremgår av andre rettskilder, er domstolens overprøving av forvaltningens skjønn begrenset til kontroll med premissene for skjønnet og om det er grovt urimelig. Dette innebærer at klageomgangen vanligvis er borgerens eneste mulighet til å få vurdert skjønnets hensiktsmessighet og rimelighet.

Fra borgernes synspunkt er det av vesentlig betydning å vite at avgjørelser som griper inn i deres liv og rettssfære, kan overprøves av en uavhengig instans. Selv om borgere flest neppe er informert om forskjellen på full overprøving og lovlighetskontroll, er det ikke urimelig å anta at "overprøving" for de fleste innebærer en full ny behandling, slik det også er med hensyn til forvaltningsvedtak i sin alminnelighet. Hovedregelen har lang tradisjon og sterke grunner for seg.

Et avvik fra hovedregelen krever derfor en solid begrunnelse.

En begrunnelse for å innskrenke kontrollen med vedtak som gjelder kommunale helse- og sosialtjenester, er hensynet til det kommunale selvstyre. Dette hensyn må imidlertid sies å være tilstrekkelig tilgodesett gjennom Forvaltningslovens § 34, andre avsnitt, andre setning, som sier: "Der statlige organ er klageinstans for vedtak truffet av en kommune, skal klageinstansen legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn."

Det kan også hevdes at en overprøving som begrenser seg til lovlighetskontroll blir mer effektiv, fordi hva som er rimelig og hensiktsmessig varierer fra kommune til kommune, og respekten for klageorganets avgjørelser blir større når det

ikke skal ta opp slike spørsmål. Dette synspunkt har så vidt vites ikke vært gjenstand for noen empirisk undersøkelse, og er derfor av begrenset vekt.

Videre kan hensynet til klageorganets arbeidsmengde tilsi at overprøvingen begrenses. Det inngis svært mange flere klager på vedtak fra sosialforvaltningen enn fra helsetjenesten. Klager over vedtak om tildeling av økonomisk stønad utgjør den overveiende del. I dag er, som nevnt overfor fylkesmannens kompetanse i slike saker begrenset når det gjelder skjønnsutøvelsen. Man må derfor spørre om klagesaksbehandlingen vil ta uforholdsmessig store ressurser hvis fylkesmannen skal overprøve alle sider av vedtaket.

Det kan diskuteres om en regel om full overprøving vil føre til flere klager. Det er ikke noen relevant kunnskap om borgeres klageadferd i sin alminnelighet som tilsier at regelens utforming vil ha særlig innvirkning på antallet klager. Det er nærliggende å anta at klagesaksbehandlingen vil ta mer tid hvis alle vedtak skal undergis full prøving. Men hensynet til klageorganets arbeidsmengde må veies mot hensynet til borgernes interesse i å få hele saken prøvet en gang av en uavhengig instans. Det må videre tas i betraktning at også ved lovlighetskontroll, må klageinstansen gå ganske dypt inn i materien for å avgjøre om skjønnsutøvelsen er grovt urimelig. Forskjellen mellom prøving av "grovt urimelig", "åpenbart urimelig" og "urimelig" behøver derfor ikke bli så stor med hensyn til tidsbruken. Når det gjelder det overveiende antallet klager, som gjelder økonomisk sosialhjelp, finnes det ganske klare retningslinjer for tildeling som, sammen med Forvaltningslovens § 34, andre avsnitt, siste setning, kan lette rimelighetskontrollen.

Ved valg av overprøvingsregel bør det også sees hen til Retningslinjer for statlig klagebehandling – forvaltningsloven § 34, H 2103 fra Kommunal- og regionaldepartementet, mai 1998. Her gis generell veiledning om anvendelsen av bestemmelsen på forskjellige forvaltningsområder. Utgangspunktet er at klageorganet har full prøvingsrett. Det heter bl.a.: "Uttrykket "legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret" er en rettslig standard uten noe fasttømret innhold. Formålet med bestemmelsen er å legge til rette for en mindre intensiv statlig overprøving av kommunal/fylkeskommunal skjønnsutøvelse. Bestemmelsen gir ikke nærmere holdepunkter for hvor tungt hensynet til det kommunale selvstyret skal veie. Ordlyden legger opp til en relativ tilnærming, hvor vektleggingen av hensynet til det kommunale selvstyret kan variere meget avhengig av saksområde og konkrete forhold i den enkelte saken" (side 3).

Videre heter det: "I rettsikkerhetsvurderinger legges det vekt på hvor inngripende en avgjørelse er for parten. Jo mer inngripende en avgjørelse er for parten, desto større grunn kan det være til å overprøve avgjørelsen, selv om dette betyr at hensynet til det kommunale selvstyre må vike" (side 4). Til sammen gir retningslinjene i rundskrivet god veiledning for varetakelsen av hensynet til så vel individene som kommunenes selvstyre. Disse synspunkter taler også for å følge den alminnelige regel.

Et siste argument for å følge hovedregelen også innenfor den kommunale helse og sosialsektor, er viktigheten av å forhindre diskusjoner om hva som falle innenfor og hva som faller utenfor klageorganets kompetanse. Dette argument har særlig tyngde på et saksområde som ikke er preget av stor "juristtetthet".

Utvalgets medlemmer Bernt, Braut, Dale, Gullestad, og Lommerud legger til grunn at det i praksis som alt overveiende hovedregel bare vil være aktuelt å overprøve den konkrete skjønnsutøvingen i saker av denne typen i situasjoner hvor det i realiteten foreligger rettslige feil ved grunnlaget for denne, som ubegrunnet forskjellsbehandling, at det er tatt utenforliggende hensyn, eller brudd på forholdsmessighetsprinsippet eller kravene i utkastets § 1-4 nr. 1 og 2 til hvordan det faglige og forvaltningsmessige skjønn skal utøves. Lovlighetskontrollen vil således omfatte både krav til faglig forsvarlighet og til lovlig skjønnsutøving, herunder om man oppfyller lovens krav om å legge vekt på tjenestemottakers behov og ønsker. *Disse medlemmer* mener at det i denne situasjon vil være mer ryddig, og bedre egnet til å gi et riktig fokus på det reelle prøvingstemaet, om det fastslås klart at det er *rettslige* spørsmål som prøves ved klage til fylkesmannen. Dette medfører samtidig at det blir sammenfall mellom fylkesmannens kompetanse i klagesaker og hans eller hennes kompetanse i tilsynssammenheng. Det forhold at det fremheves at det er tale om en lovlighetskontroll, vil også være egnet til å styrke legitimiteten av den overprøving som foretas av kommunale prioriteringer ved slik klagesaksbehandling.

På samme måte som i tilsynssaker vil spørsmålet om faglig forsvarlighet måtte oppfattes som et rettsspørsmål ved klagesaksvurdering, og det samme gjelder spørsmålet om et tjenestetilbud er så mangelfullt eller vilkårene som settes for dette er så byrdefulle, at vedtaket må anses å være uforholdsmessig belastende for tjenestemottaker, eller om hensynet til tjenestemottakers integritet og egne ønsker er tillagt tilstrekkelig vekt ved valg mellom flere ulike tjenestealternativer eller

tjenestens konkrete gjennomføring. Det betyr at det i realiteten bare er rom for et ikke rettslig overprøvbart forvaltningsskjønn når det foretas vurderinger av om det skal gis større eller andre ytelser enn det som er nødvendig for å oppfylle faglige – og dermed rettslige – krav om forsvarlige tjenester. Dette er spørsmål som *etter disse medlemmers oppfatning* ikke er egnet for avgjørelse av et organ uten budsjettansvar på vedkommende område.

I kontrollen av om vedtaket bygger på en lovlig skjønnsutøving, ligger et krav om en helhetlig vurdering av tjenestemottakers eller søkers behov, og om fravær av utenforliggende hensyn og lik behandling av like saker. I tillegg vil saksbehandlingen bli prøvd, herunder om den begrunnelsen som er gitt for vedtaket, herunder skjønnsutøvelsen, oppfyller kravene i Forvaltningsloven § 25. Høyesterett har fastslått at kravene til en slik begrunnelse vil bli skjerpet i situasjoner hvor avgjørelsen har stor betydning for parten, og spesielt hvis den fremtrer som påfallende innholdsmessig. Dette betyr at den rettslige prøvingen etter omstendighetene vil kunne gå ganske langt også inn i forvaltningsskjønnet.

Ved avgjørelsen av hvilke konsekvenser eventuelle rettslige feil skal få for vedtaket, skal fylkesmannen på vanlig måte vurdere om vedkommende feil fører til at vedtaket blir *ugyldig*. Den sentrale problemstillingen vil her være, særlig i forhold til bokstav c i mindretallets forslag, om det er tale om en vesentlig feil – en feil som man ikke kan se bort fra kan ha påvirket vedtakets innhold, jf. Forvaltningsloven § 41.

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

Til Kapittel 5:

Bortsett fra oppsett og enkelte mindre språklige eller formuleringsmessige endringer, er bestemmelsene i kapitlet her identiske med Sosialtjenesteloven kapittel 4A. Bestemmelsen i Sosialtjenesteloven § 4A-10 om dokumentasjonsplikt og journal ved slike tvangsmessige inngrep er imidlertid tatt ut av dette kapitlet som følge av forslaget i kapittel 8 om generelle regler om dette for *alle* kommunale tjenester etter loven.

Til § 5-1:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-1, først avsnitt. Bestemmelsene i samme paragrafs andre og tredje avsnitt er fanget opp av § 1-4 nr. 1 og nr. 4.

Til § 5-2:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-2, men likevel slik at henvisningene i teksten til de aktuelle typer tjenester er tilpasset systematikken i utkastet her.

Til § 5-3:

Denne bestemmelsen er i hovedsak innholdsmessig identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-3.

I nr. 2 er imidlertid tatt ut "i saker som skal overprøves" etter "adgangen til å uttale seg" Denne retten kan ikke være begrenset til overprøvingssituasjoner.

Siste avsnitt i Sosialtjenesteloven § 4A-3 om hvem som regnes som pårørende regnes og prioritetsforholdet mellom disse er tatt ut. I utkastets § 1-3, bokstav c er det gitt en generell bestemmelse om dette.

Til § 5-4:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-4, med noen mindre språklige justeringer.

Til § 5-5:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-5, med noen mindre språklige justeringer.

Til § 5-6:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-6, med noen formuleringsmessige justeringer i nr. 3.

Til § 5-7:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-7, med noen språklige justeringer.

Overskriften er endret fra "Kommunens saksbehandling" til det mer nøytrale "Beslutning om bruk av tvang eller makt". Bestemmelsen er ikke uttømmende når det gjelder krav til saksbehandlingen, men gir bare noen særregler som kommer i tillegg til de generelle regler i Forvaltningsloven og utkastets kapittel 7.

Det brukes liten bokstav på "fylkesmannen".

Til § 5-8:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-8, men slik at ordet "alle" er føyd inn i

første setning, for å tydeliggjøre at det her er tale om en automatisk kontroll med vedtakene, ikke noen form for klagebehandling.

Til § 5-9:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-9, bortsett fra første setning i nr. 2. I Sosialtjenesteloven § 4A-9, andre avsnitt, heter det: "Tjenestemottakeren har rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen av tiltak etter § 4A-5, tredje ledd bokstavene b og c". Det imidlertid tale om noe mer enn en rett som tjenestemottakeren kan påberope seg, det er et ubetinget krav til tjenesten.

Til § 5-10:

Denne bestemmelsen er innholdsmessig og i det vesentlige formuleringsmessig identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-11. I nr. 2 er imidlertid andre setning reformulert. Den lød: "Klageadgangen gjelder også hvis Fylkesmannen har nektet å godkjenne kommunens vedtak, forutsatt at kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre tiltaket." Kommunen er nå gitt klageadgang.

Til § 5-11:

Denne bestemmelsen er i alt vesentlig identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-13.

Til § 5-12:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 4A-14.

Kapittel 6. Tvangsmessig innleggelse og tilbakehold i institusjon for rusmiddelbrukere

Til kapittel 6:

Dette kapitlet er i alt vesentlig identisk med Sosialtjenesteloven kapittel 6, men likevel slik at bestemmelsen i § 6-1 om frivillige hjelpetiltak er tatt ut som overflødig ved siden av de generelle bestemmelsene i loven om slike. I stedet for betegnelsen "sosialtjenesten" brukes her, som ellers i utkastet, "kommunen", og i stedet for "klienten" brukes "tjenestemottakeren".

Til § 6-1:

Denne bestemmelsen er innholdsmessig identisk med Sosialtjenesteloven § 6-2.

Til § 6-2:

Denne bestemmelsen er innholdsmessig identisk med Sosialtjenesteloven § 6-2a.

Til § 6-3:

Denne bestemmelsen tilsvarende Sosialtjenesteloven § 6-1a, men i stedet for krav om "varig og løpende kontakt med rusmiddelmissbrukeren" kreves det bare at vedkommende er "nærmeste pårørende". Hvem dette er, fremgår av § 1-3, bokstav c. Endringen medfører en avgrensning av kretsen personer som har rett til å kreve satt i gang undersøkelser hvis flere har "varig og løpende kontakt med rusmiddelmissbrukeren", men innebærer også at så lenge det er noen som kan anses som pårørende, kan den som må anses som den nærmeste av disse, sette fram et slikt krav, selv om varig og løpende kontakt ikke lenger har latt seg opprettholde, for eksempel fordi rusmiddelmissbrukeren har reist fra hjemstedet.

Til § 6-4:

Denne bestemmelsen er innholdsmessig identisk med Sosialtjenesteloven § 9-4 nr. 1 og nr. 3, men her flyttet fram her fra kapitlet om fylkesnemndsbehandlingen, fordi disse bestemmelsene angår kommunens egen saksbehandling og er knyttet direkte opp mot bestemmelsene i kapittel 6.

Til § 6-5:

Denne bestemmelsen er i alt vesentlig identisk med Sosialtjenesteloven § 6-3. I nr. 3 siste setning er kravet om at tjenestemottaker skal "gjøres kjent med" vilkår om tilbakeholdelse, erstattet med "forelegges". Slike vilkår vil ikke kunne gjøres gjeldende hvis ikke tjenestemottaker uttrykkelig har samtykket i dem.

Til § 6-6:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 8-9.

Kapittel 7. Saksbehandling for fylkesnemnda for sosiale saker

Til Kapittel 7:

Dette kapitlet erstatter og er i alt vesentlig identisk med Sosialtjenesteloven kapittel 9.

Til § 7-1:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 9-1, bortsett fra at det er innarbeidet henvisning til bestemmelsen om fylkesnemndas funksjon som klageinstans ved inngrep overfor psykisk utviklingshemmede.

Til § 7-2:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 9-2.

Til § 7-3:

Denne bestemmelsen er i det vesentlige identisk med Sosialtjenesteloven § 9-6. For klarhets skyld sies uttrykkelig at utvelgelsen av nemndsmedlemmer skal skje etter de samme reglene som gjelder for utvelgelse av meddommer etter Domstolsloven. I dag står det bare at lederen utpeker disse medlemmene, noe som kan forstås slik at nemndsleder selv bestemmer hvilke medlemmer som skal gjøre tjeneste i den enkelte sak. Dette ville imidlertid være helt uakseptabelt ut fra rettsikkerhetshensyn.

Til § 7-4:

Denne bestemmelsen er, med noen små språklige justeringer, identisk med Sosialtjenesteloven § 9-5.

Til § 7-5:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 9-7.

Til § 7-6:

Nr. 1, 2 og 4 er identisk med Sosialtjenesteloven § 9-8, med noen mindre språklige justeringer. Nr. 3 er identisk med Sosialtjenesteloven § 9-4, andre avsnitt.

Til § 7-7:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 9-9

Til § 7-8:

Denne bestemmelsen erstatter Sosialtjenesteloven §§ 4A-12 og 9-10. I nr. 3 og nr. 5 er det lagt inn en henvisning til Domstolslovens regler som oppnevning av meddommere. Disse skal selv sagt følges også her. I nr. 7 er "overprøving av sakene" erstattet med "overprøving av vedta-

kene". Det er vedtak og ikke saker som overprøves.

Til § 7-9:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 9-11.

Til § 7-10:

Denne bestemmelsen er identisk med Sosialtjenesteloven § 9-12.

Kapittel 8. Journaler

Til § 8-1:

I Helsepersonelloven kapittel 8 er det gitt regler om helsepersonells plikt til journalføring, og om plikt til å gi pasienter innsyn i journal. Nærmere regler om innsynsretten er gitt i Pasientrettighetsloven kapittel 5. Noen tilsvarende bestemmelser er ikke gitt for de sosiale tjenestene. Det innebærer at for disse er det ingen særlige regler om journalføring, og at det er Forvaltningslovens regler om partsinnsyn (§§ 18 - 21), samt Offentlighetslovens regler om allmennhetens rett til dokumentinnsyn som regulerer innsynsretten.

Etter utvalgets oppfatning bør det være del av kravet til faglighet også for sosialtjenester at det føres en journal hvor man samler opp informasjon, beslutningsgrunnlag, vurderinger som foretas, og avgjørelser som treffes. En slik journalføring også av det sosialfaglige arbeidet er i alle fall nødvendig hvis man ønsker en integrasjon av dette og det helsefaglige arbeidet, slik loven her søker å legge forholdene til rette for.

Det foreslås derfor at det tas inn i loven bestemmelser om journalføringsplikt etter mønster fra dem vi finner i Pasientrettighetsloven, men i noe forenklet form. Blant annet er det ikke tatt inn bestemmelser motsvarende Helsepersonelloven § 44 (journal på feil person) og § 45 (overføring, utlevering og tilgang til journal og journalopplysninger). Den første av disse problemstillingene fanges opp av reglene om retting og sletting av journalinnførsler, den andre av reglene om unntak for taushetsplikt i forhold til samarbeidende personell. Hvis det er behov for supplerende regler som foreslås i loven her, kan det imidlertid skje ved forskrift i medhold av § 8-1 nr. 3 i utkastet.

I *nr. 1* fastsettes at reglene i kapitlet gjelder for alle tjenester under loven her. Dette betyr at de trer i stedet for reglene om journalføringsplikt og rett til journalinnsyn i henholdsvis Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven. I *nr. 3* er Kongen gitt fullmakt til å gi supplerende regler hvis det er nød-

vendig av hensyn til harmoniseringen med bestemmelsene i disse to lovene.

I *nr. 2* fastsettes at disse reglene også skal gjelde for saker under Barnevernloven. Det ville være lite heldig om man skulle ha en dårligere dokumentasjonsplikt og innsynsrett i barnevernsakene enn det som ellers foreslås her. Samtidig foreslås det inntatt en ny bestemmelse i Barnevernloven som viser til reglene i loven her om dette.

Til § 8-2:

Nr. 1 er i hovedsak samme regel som vi finner i Helsepersonelloven § 39, første setning. Ansvaret for journalføringen er imidlertid ikke lagt på den enkelte tjenesteyter, men på kommunen som sådan. I dette ligger at kommunen skal utpeke den som skal være journalansvarlig hvis det ikke klart fremgår hvem det er som har det overordnede ansvaret for tjenestene til vedkommende tjenestemottaker. Dette trer dermed i stedet for reglene om selvstendig journalføringsplikt for helsepersonell etter Helsepersonelloven § 39, hvis ikke annet følger av forskrift i medhold av § 8-1 nr. 3.

Nr. 2 er samme regel som Helsepersonelloven § 40, første avsnitt, siste setning, og andre avsnitt.

Forskriftshjemmelen i *nr. 3* er samme regel som i dag er gitt for helsetjenester i Helsepersonelloven § 39, siste avsnitt.

Forskriftshjemmelen i *nr. 4* er samme regel som i Helsepersonelloven § 40, siste avsnitt.

Til § 8-3:

Nr. 1-3 er identisk med Pasientrettighetsloven § 5-1, første, andre og tredje avsnitt.

Nr. 4 tilsvarende Pasientrettighetsloven § 5-1, fjerde avsnitt.

Spørsmålet om innsyn etter tjenestemottakers død (Pasientrettighetsloven § 5-1, femte avsnitt) er foreslått regulert i utkastets § 9-5 nr. 2.

I *nr. 5* er inntatt en egen bestemmelse om klagerett over avslag på anmodning om journalinnsyn. For pasientjournaler følger slik klage rett i dag av Pasientrettighetsloven § 7-2, første avsnitt, jf. § 7-1 første avsnitt.

Nr. 6 er samme regel som i Pasientrettighetsloven § 5-1, siste avsnitt. Det vil bare være adgang til å kreve betaling for kopier av journal med bilag hvis dette er hjemlet i slik forskrift.

Til § 8-4:

Denne bestemmelsen tilsvarende Helsepersonelloven § 42, men er noe forenklet i forhold til denne.

Til § 8-5:

Denne bestemmelsen tilsvarende Helsepersonelloven § 43.

Til § 8-6:

Denne bestemmelsen tilsvarende Helsepersonelloven § 46.

Til § 8-7:

Dette er samme regel som i Helsepersonelloven § 47, men slik at den gjelder saker om tjenesten som sådan, ikke bare om den enkelte tjenesteyters forhold.

Kapittel 9. Taushetsplikt

Til kapittel 9:

Under dagens lovverk er det et klart problem for en samordnet sosial- og helsetjeneste at det ikke er felles taushetspliktregler for alt personell og for alle saker som behandles av tjenesten. Regelverket er i tillegg lite oversiktlig og preges til dels av uklar overlapping mellom på den ene siden reglene i Helsepersonelloven og på den andre Forvaltningsloven og Sosialtjenesteloven.

I dag reguleres taushetsplikt for helsepersonell i utgangspunktet av bestemmelsene i Helsepersonelloven kapittel 5, mens andre som arbeider med saker etter Kommunehelsetjenesteloven går inn under dennes § 6-6, som viser til Forvaltningslovens taushetspliktregler. Skillet mellom helseprofesjon og andre medarbeidere er imidlertid ikke ubetinget avgjørende for hvilke taushetspliktregler som skal legges til grunn. Helsepersonelloven § 25, andre avsnitt, gir adgang til å meddele taushetspliktbelagte opplysninger til teknisk hjelpepersonell. § 26 første avsnitt gir adgang til å gi slike opplysninger til virksomhetens ledelse som er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. § 26, andre avsnitt fastsetter plikt til å gi slike opplysninger til vedkommende pasientadministrasjon, og § 25, første avsnitt, gir adgang til å gi opplysninger til "samarbeidende personell" hvis ikke pasienten motsetter seg dette, og "dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp". Taushetspliktbelagte opplysninger som ikke oppfyller dette kriteriet, kan som hovedregel bare gis til sosialtjenesten etter at det er innhentet samtykke fra pasienten, se Helsepersonelloven § 22, første avsnitt.

Slik utvalget ser det, er det helt nødvendig at det etableres et system av felles bestemmelser om taushetsplikt for alle som yter sosial- og helsetjenester i kommunen. Disse vil erstatte taushets-

pliktreglene i Forvaltningsloven og Helsepersonelloven så langt de rekker, ved presiseringer og særregler i forhold til det som gjelder der. Dette betyr at vi fortsatt vil ha en viss dobbeltregulering for dem som arbeider i disse kommunale tjenestene, men denne vil være vesentlig enklere å forholde seg til enn dagens rettstilstand, både rettslig og praktisk.

Utkastet bygger som alminnelig regel på den strengeste regelen av de aktuelle bestemmelsene, men i én sammenheng er det foretatt en oppmyking i forhold til dagens regler, nemlig når det gjelder adgang til utveksling av informasjon på tvers av profesjonsgrenser. I stedet understrekes, i § 9-2 nr. 2, kravet om håndheving av "need to know"-prinsippet; at bare personell som har bruk for vedkommende opplysning i sin tjenesteutøving i forhold til den opplysningen angår, skal ha adgang til denne, og kommunens rettslige ansvar for å etablere og kvalitetssikre informasjonslagringssystemer som hindrer at uautorisert personell får tilgang til slike opplysninger, jf. også § 8-6.

Spørsmålet om rett – og plikt – til å forklare seg som vitne om opplysninger underlagt tjenestemesige taushetsplikt foreslås fortsatt regulert i de to rettergangslovene, se Tvistemålsloven § 204 nr. 2. og Straffeprosessloven § 118.

Til § 9-1:

Til nr. 1: Felles taushetspliktregler er en avgjørende forutsetning for å kunne etablere et integrert samordnet tilbud til de tjenestemottakere som går inn under loven her, og et friksjonsfritt samarbeid mellom ulike tjenestegrene. Bestemmelsen innebærer at det gjelder ett sett taushetspliktregler for alle kommunale tjenesteytere som går inn under loven, samt for private tjenesteytere som gir tjenester etter avtale med kommunen. I tillegg vil tjenesteytere i andre deler av kommunalforvaltningen, for eksempel i opplæringstjenesten, gå inn under taushetspliktreglene i loven her i den utstrekning de får tilgang til opplysninger som går inn under disse bestemmelsene.

Til nr. 2: Det er helt nødvendig at saker som behandles etter loven her, og saker som behandles etter Barnevernloven, følger de samme taushetspliktreglene. Det foreslås derfor at det fastsettes at reglene i kapitlet her skal gjelde også i saker etter Barnevernloven. Samtidig foreslås at Barnevernloven § 6-7 endres til en ren henvisning til reglene i kapitlet her.

Til nr. 3: I kapitlet her er ikke inntatt noe motstykke til enkelte spesialregler i Forvaltningsloven og Helsepersonelloven som angår spørsmål som anses som lite aktuelle ved kommunale sosial- og

helsetjenester. I den utstrekning det likevel oppstår spørsmål av denne typen i forbindelse med den kommunale tjenesteytingen, gjelder disse reglene i de to lovene på vanlig måte som supplement til bestemmelsene i kapitlet her.

Til § 9-2:

Generelt: Denne bestemmelsen bygger på Forvaltningsloven § 13, som er den mest utførlige hovedregelen om taushetsplikten generelle innhold.

Til nr. 1: I stedet for å prøve å spesifisere hva slags personer og tjenester disse reglene gjelder, brukes loven som sådan som referanseramme. Det er altså i saker som går inn under noen av lovens kapitler, at taushetspliktreglene her gjelder. I saker om miljørettet helsevern – lovens kapittel 10 – vil særreglene i kapitlet her likevel bare unntaksvis komme til anvendelse, men hvis det i en slik sak kommer fram opplysninger om "noens legems- eller sykdomsforhold", er det ikke grunn til å behandle disse annerledes her enn det som ellers gjelder for slike opplysninger.

Formuleringen "tjeneste eller arbeid" i innledningen omfatter også klagebehandling og tilsynsfunksjoner.

I uttrykket "i forbindelse med tjenesten eller arbeidet" ligger at også opplysninger som tjenesteyter har fått utenfor arbeidssituasjonen, vil gå inn under taushetsplikten hvis det er en sammenheng mellom vedkommendes stilling eller profesjon og det at hun eller han har fått innblikk i det aktuelle forholdet, jf. Rt. 1989 s. 1363.

Taushetsplikten omfatter alle opplysninger om "legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold", og dekker dermed alle opplysningskategorier som går inn under Helsepersonelloven § 21 og Forvaltningsloven § 13, første avsnitt, nr. 1. Opplysninger som faller inn under Forvaltningslovens § 13, første avsnitt, nr. 2 - "tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår" - er derimot holdt utenfor særreguleringen i loven her. Hvis slike opplysninger skulle dukke opp i sak om sosial- og helsetjenester, er det fortsatt reglene i Forvaltningsloven som regulerer taushetsplikten.

Nr. 2 er ny i forhold til dagens lovbestemmelser. Første setning konkretiserer og tydeliggjør imidlertid bare den plikten til å skjerme taushetspliktbelagte opplysninger som følger av beskrivelsen av taushetsplikten i både i Forvaltningsloven § 13 og Helsepersonelloven § 21 ("hindre at andre for adgang til eller kjennskap til"). Forskriftshjem-

melen i andre setning anses som nødvendig for å etablere og kvalitetssikre en nasjonal standard for datasikkerhet på dette området.

Nr. 3, første setning, en videreføring av dagens rettstilstand. I Forvaltningsloven § 13 er regelen at det følgende *ikke* anses som personlige forhold hvis det ikke røper et klientforhold eller "andre forhold som må anses som personlige". Helsepersonelloven har imidlertid ikke noen slik begrensning, og i Sosialtjenesteloven § 8-8 andre avsnitt er det fastsatt at for opplysninger som går inn under denne loven, er det taushetsplikt også for slike opplysninger. På det området som dekkes av Sosial- og helsetjenesteloven blir det dermed neppe bruk for fullmaktsbestemmelsen i Forvaltningsloven § 13, andre avsnitt, andre setning, om at "Kongen kan ellers gi nærmere forskrifter om hvilke opplysninger som skal reknes som personlige, om hvilke organer som kan gi privatpersoner opplysninger som nevnt i punktumet foran og opplysninger om den enkeltes personlige status for øvrig, samt om vilkårene for å gi slike opplysninger." Slike bestemmelser er så vidt vites heller ikke gitt per i dag.

Nr. 3, andre setning, er en videreføring av regelen i Sosialtjenesteloven § 8-8, andre avsnitt, andre setning, med en viss innstramming i ordlyden. Noen tilsvarende bestemmelse har vi ikke i Helsepersonelloven, men det må antas at praksis her gjennomgående er den samme, selv om mangelen på en eksplisitt hjemmel for dette nok oppleves som problematisk mange steder. Det er i alle fall ingen avgjørende grunner til at ikke en slik regel skal gjelde også her.

Nr. 4, første setning, er samme regel som vi finner i Forvaltningsloven § 13, siste avsnitt, første setning, og gjelder dermed i dag for sosialtjenestene. Noen tilsvarende bestemmelse har vi ikke i Helsepersonelloven, men her oppfattes det som selvsagt den profesjonsmessige taushetsplikten er livsvarig, og gjelder også etter at vedkommende har sluttet som yrkesaktiv.

Nr. 4, andre setning, er samme regel som vi finner i Forvaltningsloven § 13, siste avsnitt, siste setning. Heller ikke dette er omtalt i Helsepersonelloven, og problemstillingen er i det hele ikke så veldig praktisk verken her eller i sosialtjenesten. Men man kan tenke seg at kommunalt tilsatt tjenesteytere vil benytte seg av sin kjennskap til tjenestemottakere hvis de vil etablere privat tjenesteyting – som grunnlag for et register over potensielle kunder.

Til § 9-3:

Denne bestemmelsen er en tilpasset versjon av Helsepersonelloven § 23, med innslag fra Pasient-

rettighetsloven §§ 3-3 og 3-4. Unntaket i Helsepersonelloven § 23 nr. 1; «at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene», er imidlertid ikke tatt med. Dette er et problematisk unntak, fordi det kan forstås slik at det åpner for å bekrefte mer eller mindre sikre eller i alle fall ikke dokumenterte antagelser. Det er vanskelig å se at det er behov for en slik unntaksregel i det hele tatt, og unntaket bør i alle fall ikke gjelde for det brede og sammensatte spektrum av opplysninger som går inn under loven her.

Bokstav a, første setning tilsvarende Pasientrettighetsloven § 3-4, første og fjerde avsnitt. Andre setning tilsvarende Pasientrettighetsloven § 3-4, andre avsnitt.

Bokstav b tilsvarende Pasientrettighetsloven § 3-4, tredje avsnitt.

Bokstav c tilsvarende Pasientrettighetsloven § 3-3, andre avsnitt, men slik at verge og hjelpeverge er føyd til over personer som kan få slike opplysninger om personer uten samtykkekompetanse.

Bokstav d er samme regel som i Helsepersonelloven § 23 nr. 2, og Forvaltningsloven § 13a nr. 3.

Bokstav e er samme regel som i Helsepersonelloven § 23 nr. 3, og Forvaltningsloven § 13a nr. 2.

Til bokstav f: Dette er samme regel som vi finner i Helsepersonelloven § 23 nr. 4, den såkalte "rettsstridsreservasjonen". Denne skal tolkes snevert, og kommer bare til anvendelse hvor slik meddelelse er nødvendig for å forhindre alvorlig lovbrudd, for å avverge vesentlig skade, eller for å oppklare svært alvorlige forbrytelser mot liv, helse og sikkerhet. Noe tilsvarende generelt unntak finner vi ikke i Forvaltningsloven, men her har vi en rekke spesifiserte unntak i § 13 b som fanger opp, og til dels går lenger enn, det som følger av denne generelle begrensningen.

Til bokstav g: Dette er samme regel som i Helsepersonelloven § 23 nr. 5. Særlig viktig i denne forbindelse er bestemmelsene i Helsepersonelloven § 30 om plikt til å gi opplysninger til helsetilsynsmyndighetene, i § 31 om plikt til å gi opplysninger til politi og brannvesen når det er nødvendig for å avverge alvorlig skade, og i § 34 første avsnitt, andre setning, om plikt til å gi melding til vedkommende offentlige myndighet om at pasient med førerkort ikke oppfyller de helsemessige krav som stilles. Videre oppstiller Helsepersonelloven § 33 og utkastet her § 4-5 plikt til å gi opplysninger etter pålegg eller av eget tiltak til vedkommende faglig ansvarlige innen barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller innen sosial- og helsetjenesten når det er grunn til å tro at en gravid

kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade (jf. Helsepersonelloven § 32, andre avsnitt), eller det er grunn til å tro at det foreligger kjønnslemlestelse av kvinne. Se også Helsepersonelloven kapittel 7 om meldeplikt om fødsler, dødsfall, betydelig personskade og til helseregistre.

Bestemmelsen i Forvaltningsloven § 13b, siste avsnitt om at part eller partsrepresentant som blir gjort kjent med opplysninger som er taushetspliktbelagte, har taushetsplikt og bare kan bruke opplysningene i den utstrekning det er nødvendig for å vareta partens tarv i saken, er ikke tatt med. Dette er en unntaksregel som ikke vil være aktuell i saker etter loven her. Det er nettopp et hovedprinsipp at taushetspliktbelagte helsemessige og sosialfaglige opplysninger ikke meddeles eventuelle motparter.

Bokstav h er samme regel som følger av Helsepersonelloven § 30 og Forvaltningsloven § 13b, nr. 4.

Bokstav i er en tilpasset versjon av Fvl. § 13, første avsnitt, nr. 6.

Til § 9-4:

Denne bestemmelsen er en tilpasset versjon av Helsepersonelloven § 22. I Forvaltningsloven § 13a nr. 1 er det bare kort sagt at taushetsplikt ikke er til hinder for at opplysninger gjøres kjent «i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker».

Til nr. 1: Dette er samme regel som i Helsepersonelloven § 22, første avsnitt.

Til nr. 2: Første setning er samme regel som følger av Helsepersonelloven § 22 andre avsnitt, jf. Pasientrettighetsloven § 4-3 første avsnitt, bokstav b, og § 4-4, første avsnitt. Andre setning er samme regel som følger av Helsepersonelloven § 22, andre avsnitt, jf. Pasientrettighetsloven § 4-4 andre avsnitt.

Til nr. 3: Dette er samme regel som Helsepersonelloven § 22, tredje avsnitt, jf. Pasientrettighetsloven § 3-3, andre avsnitt, men slik at lovlig stedfortreder – det vil si verge eller hjelpeverge – må gi slikt samtykke hvis slik er oppnevnt, hvis vedkommende har som oppgave også å ivareta tjenestemottakers personlige forhold.

Nr. 4 bygger på den generelle bestemmelsen i Pasientrettighetsloven § 4-4, siste avsnitt, om samtykkekompetanse.

Nr. 5 er en tilpasset versjon av Sosialtjenesteloven § 8-8, siste avsnitt, jf. Barnevernloven § 6-7 siste avsnitt. I forhold til denne er tilføyd "fra for-

valtningens side" som konsekvens av at denne bestemmelsen ikke kan være hjemmel for å pålegge foreldre eller andre pårørende taushetsplikt.

Til § 9-5:

Dette er en tilpasset versjon av Helsepersonelloven § 24. Det er ingen tilsvarende bestemmelse i Forvaltningsloven og Sosialtjenesteloven.

Til § 9-6:

§ 9-6 bygger på Helsepersonelloven § 25, men er en viss styrking av tjenesteyters autonomi i denne sammenheng i forhold til denne. Systemet er at hvis det er grunn til at tjenestemottaker ikke ønsker slik kommunikasjon til andre tilsatte, kan den bare kan finne sted i det omfang det er nødvendig av hensyn til en forsvarlig utføring av tjenesten. Det kreves imidlertid ikke at det innhentes samtykke fra tjenestemottaker i alle situasjoner hvor det er behov for slik kommunikasjon, bare hvor det i utgangspunktet er grunn til å tro at tjenestemottaker vil motsette seg dette. En regel om at slikt samtykke alltid skulle innhentes, ville umuliggjøre en effektiv samhandling mellom de ulike tjenesteyterne. Alternativt ville man måtte ta i bruk brede generelle samtykkeerklæringer, noe som bare ville bidra til å utydeliggjøre tjenesteyters ansvar for å foreta en kritisk vurdering av hvilken type informasjon som det er nødvendig å videreformidle, og hvordan tjenestemottaker helt konkret må forventes å forholde seg til dette.

I nr. 1 er det gjort et unntak fra kravet om uttrykkelig samtykke fra tjenestemottaker for situasjoner hvor slik informasjonsutveksling er nødvendig for å kunne gi forsvarlig sosial- og helsehjelp i kommunen. Prinsippet i Helsepersonelloven om tjenestemottakerens råderett over opplysninger som angår henne eller ham er imidlertid samtidig allmenngjort og forsterket. I stedet for et system med forholdsvis lave terskler for informasjonsutveksling innen én og samme profesjon, men ganske høye terskler mot andre profesjoner, er den rettslige begrensningen i stedet knyttet eksklusivt til partsautonomien og det konkrete behov for meddelelse, men bare innenfor de rammer hvor tjenestemottaker vil ha grunn til å vente informasjonsutveksling, og dermed foranledning til å protestere mot denne om hun eller han har motforestillinger mot at så skjer.

Bestemmelsen er dermed en skjerpelse ikke bare i forhold til de tilsynelatende svært vide unntakene i Forvaltningsloven § 13b, men også i forhold til det

som gjelder etter Sosialtjenesteloven § 8-8, tredje avsnitt, hvor det er lagt inn en særskilt sperre for kommunikasjon til andre forvaltningsorganer. Etter Sosialtjenesteloven § 8-8, tredje avsnitt, kan slik kommunikasjon som alminnelig regel skje “når dette er nødvendig for å fremme sosialtjenestens eller institusjonens oppgaver” og – helt overflødig og i realiteten for snevert - “for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse”.

Den foreslåtte regelen er også en skjerpelse i forhold til Helsepersonelloven § 25 ved at det tas utgangspunkt i et krav om et uttrykkelig eller formodet samtykke for at slik informasjonsutveksling overhodet skal kunne finne sted. Dette er begrunnet i at vi her beveger oss innen et langt bredere og mindre oversiktlig felt enn når vi bare er innenfor helsetjenestene. Det er da behov å styrke vernet av partsautonomien på denne måten.

Unntaksregelen er i realiteten bare en presumsjonsregel, og bygger på at man som alminnelig utgangspunkt kan formode at tjenestemottaker ikke motsetter seg nødvendig informasjonsutveksling mellom personale som hun eller han må påregne vil ta del i tjenesteytingen. Denne presumsjonen vil etter omstendighetene kunne gjelde også i forhold til private tjenesteytere og i forhold til andre organer som spesialisthelsetjenesten, trygdeetaten eller arbeidslivsetaten, men bare så langt tjenestemottakeren er kjent med at det foregår et samarbeid med disse og således har mulighet til å gi uttrykk for eventuelle motforestillinger mot slik informasjonsutveksling.

Hvis det ikke er grunnlag for en slik formodning, må spørsmålet forelegges tjenestemottaker med anmodning om samtykke. Hvis slikt ikke gis, må dette respekteres, men kommunen kan da overveie om det må få konsekvenser for det tjenestetilbudet som gis at slik informasjonsutveksling ikke kan finne sted.

Hvis det er tale om en tjeneste som gis tvangsmessig, vil tjenestemottaker ikke ha den samme ubetingede rådigheten over informasjonsutvekslingen som den mottar tjenester på frivillig grunnlag. Retten til å gi opplysninger til andre mot tjenestemottakerens uttalte eller formodete ønske gjelder imidlertid bare så langt dette er nødvendig for realiseringen av det aktuelle tvangstiltaket, og også innenfor disse rammene må det legges stor vekt på de motforestillinger tjenestemottakeren har mot at opplysninger meddeles videre.

Hvis tjenestemottakeren ikke kan ta stilling til spørsmålet, på grunn av bevisstløshet eller manglende samtykkekompetanse, må tjenesteyteren foreta en grundig vurdering av hvor viktig det er at disse opplysningene meddeles videre, og av mulig-

heten for at dette vil oppleves som en belastning av henne eller ham. Hvis det er usikkert hva tjenestemottakeren ville ha ønsket, må spørsmålet forelegges nærmeste pårørende. Dennes oppfatning av hva tjenestemottaker ville ha ønsket, må her tillegges stor vekt, men den nærmeste pårørende har ingen vetorett hvis det ut fra den informasjon som foreligger, ikke er grunn til å tro at tjenestemottaker selv ville ha motsatt seg at informasjonen ble viderefremidlet. Hvis det derimot ut fra den foreliggende informasjon er grunn til å gro at tjenestemottaker ikke ville at opplysningene skulle viderefremidles, må det innhentes samtykke fra nærmeste pårørende hvis det anses som nødvendig at opplysninger gis til samarbeidende personell, jf. § 9-4 nr. 3.

Til nr. 2: Dette er samme regel som i Helsepersonelloven § 25 andre avsnitt.

Til nr. 3: Dette er en utbygd versjon av Helsepersonelloven § 25, tredje avsnitt. Ved at andre setning trekker også private samarbeidspartnere inn under taushetspliktreglene, blir det mulig å gi nødvendig informasjon til disse etter reglene i nr. 1.

Til § 9-7:

Denne bestemmelsen er en tilpasset versjon av Helsepersonelloven § 26. Bestemmelsen i dennes første avsnitt om at «Den som yter helsehjelp, skal uten hinder av taushetsplikten i § 21 gi vedkommende virksomhets pasientadministrasjon pasientens personnummer og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data,» er imidlertid ikke tatt inn her. Dette er dekket inn av nr. 1 i og med at denne omfatter “den faglige og administrative ledelse” i stedet for “virksomhetens ledelse” i Helsepersonelloven § 26.

Til § 9-8:

Denne bestemmelsen tar utgangspunkt i Helsepersonelloven §§ 28 og 29, tredje avsnitt, men går lenger enn disse når det gjelder skjerming av taushetspliktbelagte opplysninger. Dette må ses på bakgrunn av at de opplysninger som er taushetspliktbelagte etter loven her, vil kunne omfatte et langt bredere sett av forhold enn rene helseopplysninger, slik at skjermingsbehovet blir vesentlig sterkere. Med den omfattende informasjonsmengden som vil kunne foreligge om enkeltpersoner som mottar tjenester etter loven her, er det avgjørende viktig at personvernet ikke uthules ved at arbeidsgivere, tilsetningsmyndigheter, forsikrings-

selskaper og kredittinstitusjoner krever og får tilgang til slik informasjon. Tjenestemottakeren vil bare unntaksvis være i en posisjon hvor hun eller han kan motsette seg et ønske om samtykke til slik utlevering.

Bestemmelsen erstatter forskriftshjemlene i § 28 og § 29, siste avsnitt. Forskrifter i medhold av disse bestemmelsene er så vidt vites ikke gitt per i dag. Det foreslås at man "speilvender" dagens rettslige regulering her, ved at det fastslås som alminnelig utgangspunkt at utlevering til slike adressater *ikke* skal finne sted, og at det er utlevering av informasjon i slik sammenheng som krever hjemmel i forskrift, ikke begrensninger i retten til slik utlevering

Til § 9-9:

Dette er samme regel som i dag er gitt i Helsepersonelloven § 29, første avsnitt og andre avsnitt.

Kapittel 10. Miljørettet helsevern

Til § 10-1:

Denne bestemmelsen er identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-1, med noen mindre språklige justeringer.

Til § 10-2:

Denne bestemmelsen tilsvare Kommunehelsetjenesteloven § 4a-2. Det er gjort to justeringer i denne av rent lovteknisk karakter. For det første er "kommunestyret" erstattet med "kommunen". Dette er i overensstemmelse med språkbruken i andre sammenhenger. Det er kommunen som er det offentligrettslig rettssubjektet som har ansvaret for oppgavene også etter dette kapitlet. Kommunestyret er det øverste organet i kommunen, men kan som alminnelig regel delegere kompetanse i andre folkevalgte organer, og i betydelig utstrekning til administrasjonen.

Bestemmelsen i Kommunehelsetjenesteloven § 4a-2, siste setning: "Virksomheten og avgjørelsene, herunder enkeltvedtak, skal være i samsvar med helsetjenestens formål, jfr. § 1-2." er strøket som overflødig.

Til § 10-3:

Denne bestemmelsen tilsvare Kommunehelsetjenesteloven § 4a-3. Det er imidlertid gjort noen justeringer av språklig og lovteknisk karakter:

Overskriften endret, ved at "Hasterkompetanse" er tilføyd for å fange opp regelen i nr. 2.

Henvisningen til de enkelte unntakene fra delegasjonsadgangen på dette saksområdet tatt ut og flyttet til de aktuelle bestemmelsene.

I nr. 1, første avsnitt, er henvisningen til reglene om delegasjon i Kommuneloven erstattet med en gjengivelse av de aktuelle reglene der, i henholdsvis § 10 nr. 2, andre setning (faste utvalg), § 20 nr. 3, første setning (kommunerådet), § 9 nr. 5 (ordfører) og § 23 nr. 4 (administrasjonssjefen), samt § 4a-3 om interkommunalt organ. Delegasjon til andre kommunale organer enn disse, er i praksis ikke aktuelt på dette saksområdet.

I andre avsnitt er inntatt den nye regel (lov nr. 48, 2004) i Kommunehelsetjenesteloven § 4a-3, første avsnitt, om adgang for én kommune til å overlate oppgaver innen det miljørettede helsevernet til en annen, men med en justering som tydeliggjør at det her er tale om et avtalefestet oppdrag, ikke om ordinær delegasjon til et underordnet organ. Det vises ellers til omtalen i punkt 5.3 foran av de særlige rettsspørsmålene som oppstår ved delegasjon til interkommunalt samarbeid når det gjelder instruksjonsmyndighet, kontroll og omgjøringskompetanse.

I nr. 2 er det tatt inn et eget sett regler om videredelegasjon av kompetanse tildelt etter nr. 1. Dette er en gjengivelse av det som følger av Kommuneloven, henholdsvis § 10 nr. 4 (utvalgsleder eller arbeidsutvalg i utvalget), § 20 nr. 3, andre setning (enkeltmedlemmer i kommunerådet med administrativt ledelsesansvar), og § 23 nr. 4 (administrasjonssjefen).

I nr. 3 er en bestemmelse om hasterkompetanse. Denne erstatter Kommunehelsetjenesteloven § 4-3 andre avsnitt, men slik at denne kompetansen som i Kommunehelsetjenesteloven er lagt til "kommunelegen", i stedet legges til "den faglige ansvarlige for vedkommende tjeneste". Hvem dette er, vil avhenge av hvordan kommunen har organisert sin administrasjon på dette saksområdet. Kommunen står med andre ord fritt til å bestemme hvem som ivareta denne funksjonen.

I andre avsnitt er inntatt bestemmelsen i § 4a-3, andre avsnitt, andre setning, om utøving av hasterkompetanse i saker som er tillagt et interkommunalt organ.

Til § 10-4:

Denne bestemmelsen er innholdsmessig identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-4. Det er foretatt noen mindre formuleringsendringer:

(i) I stedet for "kommunestyret" brukes formen "kommunen". Dette er i tråd med vanlig lovgivningsteknikk. Den kompetanse det er tale om

tilligger kommune ved det organ kommunestyret utpeker til å ivareta de ulike funksjoner etter kapitlet her, ikke nødvendigvis kommunestyret selv.

(ii) I nr. 3 er det føyd inn en henvisning til nr. 2, som er bestemmelsen om godkjenning. Internhenvisningene til formålsbestemmelsene for henholdsvis loven og kapitlet er strøket som overflødige.

(iii) I nr. 4 er formen "kommunestyret selv" brukt for å markere at denne kompetansen ikke kan delegeres.

Til § 10-5:

Nr. 1 er identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-5, første avsnitt.

I nr. 2 er henvisningen i Kommunehelsetjenesteloven § 4a-5 til samme lovs § 4a-12 som fastslår at fylkesmannen er klageinstans i saker etter kapitlet her, erstattet med en henvisning til Forvaltningsloven kapittel VI, samtidig som det for klarhets skyld sies også her at fylkesmannen er klageinstans.

Nr. 3 er, bortsett fra en rent språklig justering, identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-5, siste avsnitt.

Til § 10-6:

Denne bestemmelsen er, med noen små språklige justeringer, identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-6. "Kommunestyret" er også her erstattet med "kommunen" for å gjøre det klart at det her er vanlig delegasjonsadgang.

Til § 10-7:

Denne bestemmelsen er identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-7, men noen mindre formuleringsmessige endringer. I nr. 1, andre setning, er tatt ut at beslutningen kan gjennomføres "av kommunestyret eller kommunelegen". Kommunestyret, og underliggende organer etter delegasjon, bestemmer av hvem og hvordan en slik gransking skal finne sted. Ellers er også her "kommunestyret" erstattet med "kommunen".

Til § 10-8:

Denne bestemmelsen er, med noen små språklige justeringer, identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-8.

Til § 10-9:

Denne bestemmelsen er, med noen små formuleringsendringer, identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-9. Også her er "kommunestyret" erstattet med "kommunen".

Til § 10-10:

Denne bestemmelsen er identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-10. Formen "kommunestyret selv" er brukt for å markere at her er det et delegasjonsforbud.

Til § 10-11:

Denne bestemmelsen er identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-11, bortsett fra at "kun ubetydelig fare for helseskade" er erstattet med "ikke betydelig fare for helseskade", av språklige og logiske grunner. Også brudd på pålegg som ikke medfører *noen* helseskade, går selvsagt inn under denne regelen.

Til § 10-12:

Denne bestemmelsen er innholdsmessig identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 4a-12, men slik at det fremgår at klageretten til fylkesmannen også gjelder vedtak truffet av andre enn kommunestyret, i medhold av delegasjonsvedtak.

Kapittel 11. Organiseringen av den kommunale sosial- og helsetjenester

Til § 11-1:

Denne bestemmelsen erstatter Sosialtjenesteloven § 2-1, og Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1 og 1-3a.

Til nr. 1: I første setning er understreket kravet om at tjenestetilbudet skal være lett tilgjengelig, faglig forsvarlig og koordinert. Dette følger også av dagens regler, men sies uttrykkelig her for tydelighets skyld. Andre setning er en tilpasset versjon av bestemmelsen i Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a, første setning. Andre avsnitt er en videreføring av forskriftshjemmelen i Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a, andre setning, med en presisering av at denne også omfatter kompetanse til å fastsette kompetansekrav til visse tjenesteytere.

Til nr. 2: Denne bestemmelsen er ny i utkastet her. Kravet om faglig forsvarlighet er grunnleggende både for kommunens egen virksomhet og i overprøvings- og tilsynssituasjoner, og det er derfor helt nødvendig at det er klare ansvarsforhold når det gjelder de faglige vurderingene innen de enkelte deler i kommunens forvaltning av oppgavene etter loven her.

Den som er faglig ansvarlig for en deltjeneste, behøver ikke være tillagt selvstendig beslutnings- og budsjettansvar. Hun eller han har imidlertid et selvstendig ansvar for å påse at det tjenestetilbudet som gis oppfyller lovens krav om et faglig forsvarlig tilbud til borgerne, og for å melde fra til kommunens ledelse og om nødvendig til tilsynsmyndigheter om så ikke er tilfelle.

Til nr. 3: Dette er en tilpasset versjon av bestemmelsen i Sosialtjenesteloven § 2-1, andre avsnitt.

Til nr. 4: Dette samme regel som Sosialtjenesteloven § 2-1 tredje avsnitt, men med en mer presis angivelse av hva slags bestemmelser som vil kunne gis i medhold av denne forskriftshjemmelen.

Til § 11-2:

Denne bestemmelsen erstatter Kommunehelsetjenesteloven § 1-4. Den særskilte fullmakten i dens siste avsnitt, til å gi forskrift om bedriftshelsetjenester, er strøket som overflødig ved siden av den generelle hjemmelen i § 2-3 nr. 2, til å gi "forskrifter med nærmere bestemmelser om krav til det kommunale tjenestetilbudet etter loven her".

Til § 11-3:

Nr. 1 er rettslig overflødig ved siden av de generelle bestemmelsene i Kommuneloven § 27 og Lov om interkommunale selskaper, men tas inn her for tydelighets skyld.

Nr. 2 tilsvarende Kommunehelsetjenesteloven § 1-6, første avsnitt. I Sosialtjenesteloven finnes det ingen tilsvarende påbudshjemmel, men slikt samarbeid på dette området vil i dag kunne påbys i medhold av Kommuneloven § 27 nr. 1, andre avsnitt.

Til § 11-4:

Denne bestemmelsen er identisk med Kommunehelsetjenesteloven § 6-4, slik denne lyder etter endringer ved lov nr. 25, 2004.

Til § 11-5:

Denne bestemmelsen er en sammenskriving av flere bestemmelser i Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Forskriftshjemlene i nr. 2 og nr. 4 er nye.

Til § 11-6:

Både regelverk om egenbetaling og praktiseringen av dette er i dag til dels inkonsekvent, og i noen tilfeller i urimelig grad egnet til å påvirke kommu-

nens valg av tjenestetilbud ut fra rent økonomiske vurderinger. Etter utvalgets oppfatning er det nødvendig at det etableres et sammenhengende og mest mulig finansielt nøytralt system for slik egenbetaling, i form av en samlet forskrift som uttømmende angir hva det kan kreves egenbetaling for, og etter hvilke regler. Særlig gjelder dette ved spørsmål om det skal gis tilbud om bolig i egen leilighet, i institusjon, eller i form av hjemmetjenester. Lovsformen er imidlertid ikke egnet her; det må være rom for fleksibilitet og justeringer av reglene i takt med utviklingen av tilbudene og behovene. Bestemmelsen i Kommunehelsetjenesteloven § 2-3 om dette foreslås derfor erstattet med en forskriftshjemmel for Kongen.

Til § 11-7:

Denne bestemmelsen er, med noen mindre formuleringmessige justeringer, identisk med Sosialtjenesteloven § 2-4 og har også sitt motstykke i Kommunehelsetjenesteloven § 6-2. Den fastslår at det er kommunens ansvar å påse at tjenesteyterne har tilstrekkelig og oppdatert faglig kompetanse til å ivareta sine oppgaver etter loven her.

Til § 11-8:

Denne bestemmelsen erstatter Sosialtjenesteloven § 3-6 om beredskapsplikt, hjelpeplikt og gjensidig bistand, samt Kommunehelsetjenesteloven § 1-5 om helsemessig beredskapsplan.

Til § 11-9:

Denne bestemmelsen bygger på Kommunehelsetjenesteloven § 1-3b, men foreslås gitt generell rekkevidde slik at den også omfatter annet tjenesteytende personell enn helsepersonell. Som en konsekvens av dette er det tilføyd et "eventuelt" foran bestemmelsen i nr. 2 om formidling til et sentralt register.

Til § 11-10:

Dette er samme bestemmelse som i Kommunehelsetjenesteloven § 1-1a. Utvalget har ansett det som utenfor sitt mandat å vurdere om denne bestemmelsen bør videreføres.

Kapittel 12. Tilsyn. Varslingsplikt

Til kapittel 12:

Detter kapitlet er i det vesentlig en videreføring av dagens bestemmelser om statlig tilsyn i Sosialtje-

nesteloven kapittel 2, men slik at bestemmelsene i denne lovens §§ 2-4 og 2-5 om henholdsvis det regionale helseforetaks og statens (departementets) ansvar ikke er videreført. Begge disse bestemmelsene er uten selvstendig rettslig meningsinnhold. Det regionale helseforetaks ansvar er definert i bestemmelser i Helseforetakloven § 1, andre avsnitt, Spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1a - 2-1c, og Pasientrettighetsloven § 2-1, andre avsnitt og følgende. Statens – departementets – ansvar er i denne sammenheng av rent politisk og forvaltningsmessig karakter, og adskiller seg ikke prinsipielt fra det ansvaret departementene ellers har for sine respektive fagområder. Det er ikke vanlig å ta inn slike bestemmelser i lovverket.

Til § 12-1:

Denne bestemmelsen bygger på Sosialtjenesteloven § 2-6, men med en viss omredigering og noen språklige forenklinger. Det markeres at tilsynsansvaret er generelt, knyttet til alle sider av de kommunale tjenestene etter loven her, og ikke bare til visse kapitler. Fylkesmannen har kompetanse til å foreta lovlighetskontroll av alle sider av kommunenes virksomhet i medhold av Kommune-loven § 59, også av eget tiltak. Slik sett er tilsynsansvaret etter loven her ikke noen utvidelse av fylkesmannens myndighet, men et påbud om egeninitiert kontroll på et område hvor slik kontroll er særlig viktig, blant annet fordi de private parter som berøres, bare i begrenset grad vil ha ressurser til selv å klage over avgjørelser eller mangelfulle tjenester.

Til nr. 1: Dette tilsynet er en lovlighetskontroll. I dette ligger at det er spørsmål om håndheving av ufravikelige minimumskrav som lovgiver har stilt til tjenestene, herunder kravet om faglig forsvarlighet og opprettholdelse av minstestandarder for tjenestene. I Helsetilsynsloven er tilsynsansvaret lagt til fylkeslegen som "Helsetilsynet i fylket" (§ 1, tredje avsnitt). Dette kan ikke opprettholdes ved et integrert tilsyn og en integrert klagebehandling. Fylkeslegen må innordnes som en del av fylkesmannens stab. Det ligger i stillingen at hun eller han har ansvar for de helsefaglige sidene av tilsynet, men dette er det ikke hensiktsmessig å lovfeste.

Nr. 2 er en videreføring av Sosialtjenesteloven § 2-6, tredje avsnitt, andre og tredje setning.

Nr. 3 er samme regel som i Sosialtjenesteloven § 2-6, tredje avsnitt, første setning.

Nr. 4 er en videreføring av Sosialtjenesteloven § 2-6, fjerde avsnitt.

Nr. 5 er en videreføring av Sosialtjenesteloven § 2-6, andre avsnitt.

Til § 12-2:

Navnet på Statens helsetilsyn og Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten forutsettes endret slik at det blir korrekt i forhold til de oppgaver dette organet nå er tillagt.

Nr. 1 er samme regel som i Sosialtjenesteloven § 2-7 og Helsetilsynsloven § 1. Som overordnet fylkesmannen på dette saksområdet vil Sosial- og helsetilsynet kunne instruere denne, ikke bare når det gjelder den generelle lovforståelse, men også i enkeltsaker. Fordi pålegg vil kunne påklages til overordnet organ, er det imidlertid normalt ikke hensiktsmessig at Sosial- og helsetilsynet tar stilling til enkeltsaker annet enn etter klage, eventuelt ved vurdering av om fylkesmannens vedtak skal omgjøres utenfor klagesak. Hvis tilsynet har instruert fylkesmannen om hvordan en konkret sak skal avgjøres, må eventuell klage gå til departementet.

Nr. 2 er samme regel som i dag er gitt for fylkesmannens tilsyn i Sosialtjenesteloven § 2-6, tredje avsnitt, andre setning. Samme regel må gjelde for Sosial- og helsetilsynet.

Nr. 3 er ny i forhold til dagens lovgivning, men fremtrer som en naturlig konsekvens av at fylkesmannen er gitt påleggsmyndighet overfor kommunen i § 11-1 nr. 4. Bestemmelsen om oppsettende virkning er den samme som gjelder generelt i saker om enkeltvedtak etter Forvaltningsloven, se dennes § 42. Private parter vil ha klagerett overfor slike pålegg i medhold av Forvaltningslovens regler. Det er derimot mer usikkert om pålegg overfor en kommune i medhold av denne bestemmelsen er et enkeltvedtak, og det er derfor nødvendig å omtale dette spørsmålet her.

Også *nr. 4* er ny. Det følger av Forvaltningslovens § 35 at Sosial- og helsetilsynet som klageinstans kan ta opp saker av eget tiltak i forhold som angår private parter. I og med at det er mer usikkert om pålegg overfor en kommune i medhold av § 11-1 nr. 4 er et enkeltvedtak, foreslås Sosial- og helsetilsynets omgjøringskompetanse av eget tiltak fastslått uttrykkelig i loven. Av samme grunn fastslås kommunens klagerett til departementet overfor pålegg fra Sosial- og helsetilsynets i første instans, med andre ord hvor det ikke er tale om avgjørelse etter klage over vedtak av fylkesmannen.

Til § 12-3:

Både Spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-3) og Helsepersonelloven (§ 17) har regler om plikt til å melde fra til tilsynsetaten ved alvorlige kvalitetsavvik eller

svikt, eller farerisiko ved tjenesteytingen. Det er naturlig og ønskelig at en tilsvarende meldeplikt legges ikke bare på det enkelte helsepersonell i kommunen, men også på institusjonene og de ansvarlige forvaltningsorganer. Det er også ønskelig med en

tilsvarende meldeplikt for annet tjenesteytende personell enn helsepersonellet, og for alle kommunens tjenesteytende eller forvaltningsmessige organer. "Tjenestemottaker" og "tjenesteyter" er definert i utkastets § 1-3, henholdsvis bokstav b og d.

Kapittel 17

Utkast til lov om sosial- og helsetjenester i kommunene

Kapittel 1. Lovens formål og rekkevidde. Definisjoner

§ 1-1 Lovens formål

Formålet med denne loven er å bidra til å sikre trygge og forsvarlige levekår og fremme folkehelse og gode sosiale og miljømessige forhold ved opplysning og annen forebyggende virksomhet, økonomisk stønad og andre sosial- og helsetjenester. Det skal legges vekt på å utvikle og styrke sosial fellesskap og solidaritet i nærmiljøet.

§ 1-2 Hvilke personer loven gjelder for

1. Lovens bestemmelser gjelder for tjenester og tiltak til personer som oppholder seg i riket. Kongen kan gi forskrifter med særlige regler om anvendelsen av loven i forhold til personer som ikke er norske statsborgere, eller som ikke har bopel i riket. Kongen kan også gi forskrifter om anvendelse av loven på personer som oppholder seg i utlandet, men som har tilknytning til riket.
2. Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse for personer som oppholder seg på Svalbard og Jan Mayen og på anlegg på norsk kontinentalsokkel, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

§ 1-3 Definisjoner

I loven her betyr:

- a) Sosial- og helsetjenester: Økonomisk stønad og andre tjenester som gis eller tilbys etter loven her, både slike tjenestemottakere har rettskrav på, og tjenester som gis uten rettsplikt for kommunen.
- b) Tjenestemottaker: Den som tjenesten gis til eller tar sikte på å hjelpe, eller som søker om en tjeneste.
- c) Nærmeste pårørende: Den som tjenestemottaker oppgir som nærmeste pårørende. Dersom tjenestemottaker er ute av stand til å oppgi nærmeste pårørende, legges til grunn at nærmeste pårørende er den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med ham eller henne,

likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med tjenestemottaker, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, beste-foreldre, andre som står ham eller henne nær.

- d) Tjenesteyter: Person, organ eller institusjon som yter tjenester etter loven her, enten i kraft av tilsettingsforhold i kommunen, eller etter avtale med denne.

§ 1-4 Krav til hvordan tjenestene gis. Samtykke, faglighet, medvirkning

1. Tjenestetilbudet skal bygge på respekt for mottakerens menneskeverd og personlige integritet. Det skal ta sikte på å styrke mottakerens mestrings- og funksjonsevne, og hans eller hennes evne til en selvstendig og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.
2. Tjenestetilbudet skal utformes ut fra en faglig vurdering av mottakerens individuelle behov og i samråd med ham eller henne. Det skal legges stor vekt på hva tjenestemottakeren ønsker.
3. Tjenestetilbudet skal bygge på medvirkning fra tjenestemottakeren og samtykke eller annet gyldig rettsgrunnlag. Samtykket skal være basert på en korrekt og mest mulig fullstendig informasjon om hvordan tjenestemottakers behov vurderes, og de virkemidler man vil ta i bruk.
4. Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra tjenestemottakers adferd og omstendighetene for øvrig må legges til grunn at hun eller han godtar tjenestetilbudet. Samtykke kan trekkes tilbake.
5. Ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte.

§ 1-5 Samtykkekompetanse

1. Den som har fylt 16 år og har samtykkekompetanse, skal selv samtykke til tjenester etter loven her, hvis ikke annet følger av særlige lovbestemmelser eller tiltakets art.

2. Samtykkekompetanse anses ikke å foreligge dersom tjenestemottaker på grunn av bevisstløshet eller fysisk eller psykisk funksjonssvikt åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Tjenesteyter skal legge forholdene best mulig til rette for at tjenestemottaker ut fra sine forutsetninger skal bli i stand til selv å gi samtykke, jf. § 1-4 nr. 2 og nr. 3.
3. Foreldrene eller andre med foreldreansvaret skal gi samtykke til tjenester etter loven her på vegne av tjenestemottaker som ikke har fylt 16 år, hvis ikke annet følger av særlige lovbestemmelser eller tiltakets art. Barneverntjenesten kan gi samtykke på vegne av tjenestemottaker som ikke har fylt 16 år, hvis den har overtatt omsorgen for henne eller ham. § 4-2 gjelder tilsvarende når det skal tas stilling til om tjenestetilbudet skal gis på grunnlag av slikt samtykke.

§ 1-6 Tjenester til tjenestemottaker når det ikke foreligger gyldig samtykke

1. Hvis tjenestemottaker ikke har samtykkekompetanse, kan vedkommende tjenesteyter ta avgjørelse om at det skal ytes tjenester etter loven her når disse er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.
2. Etter samråd med den nærmeste pårørende kan den faglig ansvarlige beslutte at det skal gis tjenester som er mer inngripende enn dem som er omtalt i nr. 1, til en tjenestemottaker som ikke har samtykkekompetanse, når dette klart er i tjenestemottakers interesse, og det er grunn til å regne med at hun eller han ville ha samtykket til et slikt tiltak. Hvis det er oppnevnt verge eller hjelpeverge med ansvar for å ivareta tjenestemottaker personlige forhold, skal også denne tas med på råd.
3. Tjenester skal ikke gis til tjenestemottaker som motsetter seg dette, med mindre det foreligger særlig rettsgrunnlag for den aktuelle typen tvang.
4. Avgjørelse om tjenester etter nr. 2 eller nr. 3 til en person som mangler samtykkekompetanse, skal være begrunnet og skriftlig, og skal meddeles tjenestemottaker, nærmeste pårørende, og eventuell verge eller hjelpeverge. Nærmeste pårørende og eventuelt verge eller hjelpeverge kan påklage avgjørelsen til fylkesmannen.

Kapittel 2. Kommunens ansvar

§ 2-1 Kommunens ansvar for forebyggende og helsefremmende virksomhet

1. Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over sosiale, helsemessige og miljømessige forhold

i kommunen og de forholdene som kan virke inn på disse. Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer.

2. Kommunen skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det. Den skal arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk.

§ 2-2 Kommunens ansvar for sosial- og helsetjenester

1. Kommunen er ansvarlig for at alle som oppholder seg der, får nødvendige sosial- og helsetjenester etter loven her. Kongen kan gi regler om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner hvor en tjenestemottaker får tjenester av en annen kommune enn hjemstedskommunen, herunder hva som i denne sammenheng skal regnes som hjemstedskommune for tjenestemottaker.
2. Kommunen har ansvar for organisering og gjennomføring av sosial- og helsetjenester som ikke hører inn under stat eller fylkeskommune. Den praktiske tjenesteytingen kan skje enten ved kommunens eget tjenesteapparat, eller av annen tjenestetilbyder på grunnlag av avtale med kommunen.
3. For tjenesteyting etter avtale med kommunen gjelder reglene i loven her om tjenestens innhold og tjenestemottakers rettigheter både for kommunen og tjenesteyteren.

§ 2-3 Oppgaver som skal ivaretas av kommunen

1. Kommunen skal sørge for at følgende oppgaver blir ivaretatt:
 - a) Informasjon, råd og veiledning til innbyggerne som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale og helsemessige problemer.
 - b) Miljørettet helsevern.
 - c) Sosial- og helsetjenester ved ulykker og andre akutte situasjoner.
 - d) Oppsøkende virksomhet for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler.
 - e) Undersøkelse, utredning, vurdering, planlegging og gjennomføring av tiltak som er nødvendig for å avhjelpe og forebygge sosiale og helsemessige problemer for den enkelte, herunder:

- i. Informasjon, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale og helsemessige problemer for den enkelte.
 - ii. Opplæring, habilitering og rehabilitering.
 - iii. Praktisk og personlig hjelp for dem som har behov for det på grunn av sykdom, funksjonsnedsettelse, alder eller av andre grunner.
 - iv. Pleie og omsorg for dem som ikke kan klare seg selv.
 - v. Avlastningstiltak for personer og familier som har særlig tyngende omsorgsarbeid.
 - vi. Stønad til livsopphold eller for å overvinne eller tilpasse seg en vanskelig livssituasjon.
 - vii. Lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.
 - viii. Hjelp til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, eller som har behov for særlig tilpasset bolig eller tjenestetilbud i tilknytning til boligen.
2. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om krav til organiseringen og innholdet av kommunale tjenestetilbudet etter bestemmelsen her.
- § 2-4. *Faglig forsvarlighet.*
1. Tjenester som tilbys eller ytes etter loven her, skal være faglig forsvarlige når det gjelder innhold og omfang.
 2. Kongen kan gi forskrifter om krav til kommunale sosial- og helsetjenester.

Kapittel 3. Rett til sosial- og helsetjenester

§ 3-1 Rett til sosial- og helsehjelp

1. Den som oppholder seg i kommunen, har ut fra en individuell vurdering av sine behov, krav på nødvendig hjelp ved sosiale og helsemessige problemer, herunder:
 - a) Opplysning, råd og veiledning som kan hjelpe ham eller henne å forebygge eller avhjelpe sosiale og helsemessige problemer, herunder informasjon om rettigheter og plikter, og om de tjenestetilbudene som er tilgjengelige.
 - b) Undersøkelse, utredning, vurdering, planlegging og gjennomføring av tiltak for å avhjelpe sosiale og helsemessige proble-

mer, herunder forebyggende, undersøkende og behandlende sosial- og helsehjelp, og opplæring, habilitering og rehabilitering for den som trenger dette.

- c) Praktisk og personlig hjelp til sosial integrasjon og til å greie dagliglivets gjøremål, herunder brukerstyrt personlig assistanse.
 - d) Pleie og omsorg.
 - e) Økonomisk stønad som er nødvendig for et forsvarlig livsopphold når hun eller han ikke kan sørge for dette gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter. Stønaden skal om mulig ta sikte på å gjøre vedkommende selvhjulpne. Kongen gir veiledende retningslinjer om stønadsnivået.
 - f) Rett til legehjelp, herunder å stå på liste hos lege med fastlegeavtale med kommunen. Kongen kan gi forskrift om fastlegeordningen, herunder om barns plassering på liste og om rett til å bytte fastlege. Departementet kan for en bestemt periode frita en kommune fra å ha en fastlegeordning, hvis tungtveiende grunner taler for dette.
 - g) Midlertidig husvære for den som ikke klarer å finne det selv.
2. Barn under 16 år har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg i. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.
3. Den som har særlig tyngende omsorgsarbeid, har krav på at det settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, som avlastning og omsorgslønn. Den som har omsorgsarbeid, kan kreve at kommunen treffer særskilt vedtak om hvorvidt det skal iverksettes avlastningstiltak eller gis omsorgslønn.

§ 3-2 Vilkår for tildeling av sosial- og helsetjenester

1. Det kan settes vilkår for tildeling av sosial- og helsetjenester når dette er egnet for å realisere formålet med tjenesten eller nødvendig for at denne skal kunne utføres på en forsvarlig måte i forhold til tjenestemottaker og i forhold til tjenesteyters arbeidsmiljø. Slike vilkår skal bare settes hvor det ikke er mulig å komme fram til en tilfredsstillende ordning ved en frivillig avtale med tjenesteyter. De må ikke innebære inngrep i tjenestemottakers rettigheter etter loven her, jf. likevel nr. 4.
2. Ved tildeling av stønad til livsopphold kan det stilles vilkår om at mottakeren skal utføre pas-

sende arbeidsoppgaver i bostedskommunen så lenge stønad mottas.

3. Vilkårene må ha nær sammenheng med formålet med vedtaket. De må ikke være uforholdsmessig byrdefulle for tjenestemottaker eller begrense hans eller hennes handle- eller valgfrihet på en urimelig måte. Vilkårene må heller ikke være i strid med bestemmelser i loven her eller i andre lover.
4. Hvis tjenestemottaker ikke aksepterer eller oppfyller lovlig satte vilkår for stønad til livsopphold, kan det fattes vedtak om at stønaden reduseres. Hvis lovlig satte vilkår for andre tjenester ikke oppfylles, kan det fattes vedtak om reduksjon eller endring av tjenestetilbudet. Stønad eller annet tjenestetilbud kan likevel aldri endres slik at det ikke er forsvarlig ut fra en faglig vurdering.

§ 3-3 Utbetaling av stønad. Stønad i form av varer, tjenester eller direkte betaling til kreditor

1. Hvis ikke annet er fastsatt, gis økonomisk stønad som utbetaling direkte til tjenestemottakeren, eventuelt til andre som skal ha denne.
2. Økonomisk stønad kan vedtas gitt som lån eller garanti for lån hvis tjenestemottaker kan forventes å bli i stand til å betale tilbake lånet på de angitte vilkår uten urimelig oppofrelse. Vedtaket må da inneholde bestemmelser om lånevilkårene. Krav på tilbakebetaling av lån, eller av innfridd garantiansvar, er tvangsgrunnlag for utlegg.
3. Vedtak om tildeling av stønad i form av varer, tjenester eller direkte betaling til kreditor kan bare treffes i strid med mottakerens ønske hvor dette er helt nødvendig for å realisere formålet med stønaden.

§ 3-4 Refusjon av utbetalt stønad ved etterbetaling av andre ytelser

1. Stønad som blir gitt i påvente av avgjørelse av krav om underholdsbidrag, kan gis på vilkår av at retten til underholdsbidrag overdras til kommunen til inndrivelse etter de regler som gjelder om dette. Det samme gjelder stønad som blir gitt fordi underholdsbidrag ikke blir betalt ved forfall. Slikt refusjonskrav står tilbake for folketrygdens refusjonskrav etter Forskottetingsloven § 10.
2. Dersom en tjenestemottaker får innvilget ytelser etter Folketrygdloven eller Krigspensjoneringsloven med tilbakevirkning, kan kommunen kreve hel eller delvis dekning i det utbetalte

beløp for sine utlegg og utbetalinger til samme formål og i samme tidsrom. Hvis ektefelle av tjenestemottaker mottar slike ytelser, kan det kreves refusjon også i disse, i den utstrekning stønaden har kommet ham eller henne til gode.

§ 3-5 Refusjon av stønad som er utbetalt på grunn av uriktige opplysninger

Hvis tjenestemottaker eller noen som har handlet på hans eller hennes vegne, forsettlig eller grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger eller fortiet relevante opplysninger, kan det vedtas at utbetalt stønad eller lån skal betales tilbake eller innfridd garantiansvar refunderes. Slikt tilbakebetalingskrav er tvangsgrunnlag for utlegg.

§ 3-6 Individuell plan

1. Kommunen skal utarbeide en individuell plan for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenestetilbud. Kongen kan gi nærmere bestemmelser om hvem det skal utarbeides slik plan for.
2. Tjenestemottaker kan be om at det blir utarbeidet individuell plan. Hvis tjenestemottaker ikke er i stand til å ivareta sine interesser, kan nærreste pårørende eller verge eller hjelpeverge, sette fram anmodning om individuell plan. Vedtak om ikke å etterkomme slik anmodning kan påklages etter reglene om klage i § 4-6 i loven her.
3. Hvis det er behov for samordning med andre kommunale tilbud enn sosial- og helsetjenester, skal den som er ansvarlig for disse tilbudene, delta ved utformingen av den individuelle planen.
4. Når det skal utarbeides en individuell plan, skal kommunen utpeke en planansvarlig. Planansvarlig skal sørge for at tjenestemottakerens behov og de tjenestetilbudene som man tar sikte på å gi, blir grundig utredet og sett i sammenheng.
5. Hvis statlige eller fylkeskommunale organer skal medvirke ved tjenestetilbudet, skal det utarbeides en felles individuell plan som dekker alle tjenestenivåer. I planen skal det utpekes en planansvarlig som også skal fungere som et bindeledd mellom de ulike samarbeidspartnerne. Planansvarlig kan være tilknyttet kommunen, fylkeskommunen eller staten.

Alternativt forslag:

Medlemmet Gullestad er av den oppfatning at individuell plan må utformes som en rettighet for tjenes-

temottaker, noe som kommunen på faglig grunnlag kan ta initiativ til, ikke som en selvstendig plikt for kommunen. Følgende lovtekst foreslås:

§ 3-6 Individuell plan

1. Kommunen kan utarbeide en individuell plan for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenestetilbud. Tjenestemottaker som fyller nevnte vilkår har alltid rett til å få utarbeidet slik plan. Kongen kan gi nærmere bestemmelser om hvem det skal utarbeides individuell plan for.
2. Når tjenestemottaker ikke er i stand til å ivareta sine interesser, kan nærmeste pårørende, verge, hjelpeverge eller annen fullmektig, sette frem anmodning om individuell plan. Vedtak om ikke å etterkomme slik anmodning kan påklages etter reglene om klage i § 4-1 i loven her.
3. Når det skal utarbeides en individuell plan, skal kommunen utpeke en planansvarlig som skal sørge for at tjenestemottakers behov og de tjenestetilbud som man tar sikte på å gi, blir grundig utredet og sett i sammenheng. Felles individuell plan for flere tjenestenivåer etter § 3-7 nr. 3 skal utpeke en planansvarlig som i tillegg kan fungere som et bindeledd mellom de ulike samarbeidspartnerne.
4. Planen skal utarbeides i samråd med tjenestemottakeren, jf. §§ 1-4 og 1-5, og skal angi det samlede tjenestetilbudet som skal gis ham eller henne. Ved utformingen av planen skal det legges stor vekt på hva tjenestemottakeren selv ønsker, og hva som er best egnet til å fremme et godt samarbeid med ham eller henne. Individuell plan skal ikke utarbeides hvis tjenestemottaker motsetter seg dette.
5. Når individuell plan er utarbeidet og samlet vedtak etter § 3-8 er truffet, skal planansvarlig påse at planen til enhver tid er, oppdatert og tilpasset tjenestemottakerens behov og situasjon. Tjenestemottakeren eller den som handler på hans eller hennes vegne kan henvende seg til ansvarspersonen i alle saker som angår tilbudet til vedkommende.

§ 3-7 Krav til utformingen av individuell plan

1. Den individuelle planen skal angi et helhetlig og faglig forsvarlig tilbud for tjenestemottakeren. Planen skal legge grunnlaget for et samarbeid om tjenestene som skal gis, og angi hvilke resultater man tar sikte på å oppnå og proses-

sen fram til disse. Den skal legge forholdene til rette for et koordinert samarbeid mellom de ulike tjenesteytere og være basert på realistiske forutsetninger med hensyn til hvilke tjenester som vil kunne gis.

2. Planen skal utarbeides i samråd med tjenestemottakeren, jf. §§ 1-4 og 1-5, og skal angi det samlede tjenestetilbudet som skal gis ham eller henne. Ved utformingen av planen skal det legges stor vekt på hva tjenestemottakeren selv ønsker, og hva som er best egnet til å fremme et godt samarbeid med ham eller henne. Individuell plan skal ikke utarbeides hvis tjenestemottaker motsetter seg dette.
3. Planansvarlig skal påse at planen til enhver tid er oppdatert og tilpasset tjenestemottakerens behov og situasjon. Tjenestemottakeren eller den som handler på hans eller hennes vegne kan henvende seg til planansvarlig i alle saker som angår tilbudet til vedkommende.
4. Kongen kan gi nærmere bestemmelser om arbeidet med og innholdet i slike planer.

§ 3-8 Samlet vedtak. Avtale

1. Ved utarbeidelsen av individuell plan etter § 3-6 skal det treffes et samlet vedtak som angir det tjenestetilbudet som tjenestemottakeren skal få fra kommunen.
2. Samlet vedtak skal også treffes for andre som mottar flere former for tjenester, hvis tjenestemottaker ber om det, og ellers når dette er ønskelig av hensyn til samordningen av tjenestetilbudet.
3. Det samlede vedtaket skal angi hvilket kommunalt organ som kan treffe vedtak om endring av dette.
4. I det samlede vedtaket kan det også gis bestemmelser om at forvaltningsorgan som har ansvar for deltjenester eller stønad, kan fatte vedtak om endring i disse. Slik endring av del av et samlet vedtak skal umiddelbart meddeles det organet som har ansvar for det samlede vedtak, slik at dette kan vurdere om den endringen som er foretatt, nødvendiggjør endringer i den individuelle planen og det samlede vedtaket som er knyttet til denne.
5. Ved utarbeidelsen av individuell plan hvor statlige eller fylkeskommunale organer skal medvirke ved tjenestetilbudet, skal det inngås en avtale mellom de tjenestenivåene som skal medvirke, om arbeids- og ansvarsfordelingen for tjenestetilbudet, og om innholdet av dette. Nr. 4 gjelder tilsvarende.

Kapittel 4. Saksbehandling ved vedtak om tildeling av tjenester

§ 4-1 Forholdet til Forvaltningslovens regler om saksbehandling

1. Vedtak om tildeling av tjeneste etter loven her regnes som enkeltvedtak i forhold til Forvaltningsloven kap. IV-VI, med de særreglene som er gitt i loven her.
2. Beslutninger om den praktiske gjennomføringen av et tjenestetilbud innenfor de rammene som er forutsatt i tildelingsvedtaket, kan bare påklages som del av klage over vedtaket som helhet. Hvis det er truffet samlet vedtak etter § 3-8, gjelder reglene om begrunnelsesplikt og klage bare det samlede vedtaket, ikke de enkelte delene av dette.
3. Hvis flere samtidig søker om en tjeneste som det er knapphet på, regnes de likevel ikke som parter i samme sak. Dette gjelder også ved klage over avslag på søknad. Begrunnelse som gis i slike saker skal gjøre rede for de generelle prinsippene som følges ved tildelingsvedtakene, og for den aktuelle ressursituasjonen. Det skal derimot ikke gis opplysninger som avdekker taushetspliktbelagte forhold om andre enn vedkommende tjenestemottaker selv.

§ 4-2 Barns rettigheter under saksbehandlingen

1. Barn som er part i sak etter loven her, skal tas med på råd når barnets alder og modning tilsier det.
2. Et barn kan opptre som part og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I sak som gjelder tiltak på grunn av rusmiddelmissbruk, skal en mindreårig alltid regnes som part.

§ 4-3 Innhenting av opplysninger

1. Opplysninger som angår enkeltpersoner, skal så langt som mulig innhentes i samarbeid med tjenestemottakeren eller slik at hun eller han har kjennskap til innhentingene.
2. Kommunen kan pålegge personer som yter tjenester etter loven her, å gi opplysninger som er nødvendig for planlegging, styring og utvikling av det kommunale tjenestetilbudet etter denne, så langt opplysningene kan gis uten hinder av taushetsplikt, eller etter at det er innhentet samtykke fra den opplysningene angår.
3. I saker som gjelder oppgaver etter loven her, kan kommunen kreve opplysninger fra andre offentlige organer. Like med offentlige organer regnes organisasjoner og private som utfører

oppgaver for stat, fylkeskommune eller kommune. Har tjenestemottakeren ikke samtykket i at opplysningene blir innhentet, skal spørsmålet om opplysningene kan gis uten hinder av taushetsplikt, avgjøres etter de taushetsbestemmelsene som gjelder for avgiverorganet.

4. Kongen kan gi forskrifter om adgang for kommunen til å kreve opplysninger fra andre tjenesteytere, og om eventuell betaling for slike opplysninger.

§ 4-4 Folkevalgt organs sammensetning i saker som angår tjenester til enkeltpersoner

Hvis et folkevalgt organ etter bestemmelse av kommunestyret skal behandle sak om tjenester til enkeltpersoner etter loven her, skal det ha fra tre til fem medlemmer.

§ 4-5 Plikt til å gi opplysninger av eget tiltak

1. Den som utfører tjenester eller treffer beslutning etter loven her, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan tilsi tiltak etter loven her eller Barnevernloven, og skal av eget tiltak gi faglig ansvarlig etter vedkommende lov opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra den opplysningene angår, og ellers så langt opplysningene kan gis uten hinder av taushetsplikt.
2. Uten hinder av taushetsplikt skal tjenesteyter eller beslutningstaker av eget tiltak gi opplysninger til vedkommende faglig ansvarlige:
 - a) Når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. § 6-2.
 - b) Når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. Barnevernloven § 4-10, § 4-11, § 4-12.
 - c) Når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jf. Barnevernloven § 4-24.
 - d) Når det grunn til å tro at det foreligger eller er fare for kjønnslemlestelse av kvinne, jf. Kjønnslemlestelsesloven § 2.

Slike opplysninger skal i alle fall gis etter pålegg fra vedkommende faglig ansvarlige.

§ 4-6 Klage. Omgjøring utenfor klagesak

1. Vedtak om tildeling av tjenester etter loven her kan påklages til fylkesmannen med de begrensninger som følger av § 4-1 nr. 2 og nr. 3.

2. Før klagen sendes til fylkesmannen, skal kommunen foreta de undersøkelser klagen gir grunn til. Kommunen kan oppheve eller endre vedtaket hvis det finner grunn til det.
3. Hvis klager ikke får medhold, oversendes klagen til fylkesmannen til avgjørelse hvis ikke klager meddeler at hun eller han ønsker å trekke klagen tilbake. Det samme gjelder hvis klagen ikke er ferdigbehandlet senest fire uker etter at den er fremsatt.
Utvalgets medlemmer Halvorsen, Kjellevold, Mandal, Røkke, Sund og Vist foreslår:
4. Fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket. Fylkesmannen kan av eget tiltak ta opp saker til lovlighetskontroll.
Utvalgets medlemmer Bernt, Braut, Dale, Gullestad, og Lommerud foreslår:
5. Ved klagebehandlingen skal fylkesmannen kontrollere at avgjørelsen er
 - a) innholdsmessig lovlig, og herunder oppfyller krav om faglig forsvarlighet og ikke er uforholdsmessig belastende for tjenestemottaker,
 - b) er truffet av rett person eller organ,
 - c) bygger på en betryggende saksbehandling, korrekt faktum og en forsvarlig skjønnsutøving.
6. Fylkesmannen kan også av eget tiltak ta vedtak om tjenester og stønad etter loven her opp til slik prøving.

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

§ 5-1 Formålet med bestemmelsene i kapitlet

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

§ 5-2 Virkeområde for bestemmelsene i kapitlet her

1. Reglene i kapitlet her gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter § 2-3 nr. 1, bokstav e), punkt ii - v, til personer med psykisk utviklingshemning.
2. Som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg, og tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingsystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her. Alminnelige oppfor-

dringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

§ 5-3 Rett til medvirkning og informasjon

1. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottakeren, jf. § 1-4 nr. 2 og § 3-6 nr. 4.
2. Tjenestemottakeren, nærmeste pårørende, og verge eller hjelpeverge, skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her, og gis informasjon om adgangen til å uttale seg, om klagerett, og om adgang til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.
3. Dersom verge eller hjelpeverge ikke allerede er oppnevnt fordi det er aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her, skal hjelpeverge oppnevnes. Kommunen skal begjære oppnevning av hjelpeverge dersom ikke oppnevning er begjært av andre som kan sette fram slik begjæring, jf. Vergemålsloven § 90 a. Opplysninger om personlige forhold som hjelpevergen mottar, kan bare gis videre i den utstrekning det er nødvendig for å utføre hjelpevergeoppdraget.

§ 5-4 Krav om forebygging

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i § 5-3 nr. 1, jf. også § 5-5 nr. 1, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring av personalet om gjennomføring av tiltak etter kapitlet her, herunder faglig veiledning og oppfølging.

§ 5-5 Villkår for bruk av tvang og makt

1. Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter kapitlet her settes i verk. Dette kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse.
2. Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I denne vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte tjenestemottaker. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.

3. Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:
 - a) som skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner,
 - b) som planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner,
 - c) som ledd i tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

§ 5-6 Særlige grenser for bruk av enkelte tiltak

1. Mekaniske tvangsmidler som hindrer tjenestemottakerens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende, kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at tjenestemottakeren skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 5-5 være oppfylt.
2. Dersom en nødsituasjon etter § 5-5 nr. 3, bokstavene a og b, gjør det nødvendig å skjerme tjenestemottakeren fra andre personer, skal skjermingen foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses. Vedkommende skal i alle tilfeller holdes under oppsyn, og skjermingen skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll.
3. Opplærings- og treningstiltak etter § 5-5 nr. 3 ledd bokstav c må ikke påføre tjenestemottakeren smerte eller psykisk eller fysisk skade, eller innebære betydelige fysiske og psykiske anstrengelser for tjenestemottakeren eller fysisk isolering. All form for fysisk refselse er forbudt.

§ 5-7 Beslutning om bruk av tvang eller makt

1. Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 5-5 nr. 3, bokstav a, treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller - dersom det ikke er tid til dette - av tjenesteyteren. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Reglene i nr. 3 i paragrafen her, bokstavene a til e og bokstav i, om hva som skal nedtegnes, gjelder tilsvarende. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, fylkesmannen, verge eller hjelpeverge, og pårørende, eller på den måten fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 5-10 nr. 1.

2. Vedtak i medhold av § 5-5 nr. 3, bokstavene b og c, treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. De spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for, skal bistå ved utformingen av tiltakene.
3. Vedtaket skal settes opp skriftlig og inneholde:
 - a) tjenestemottakerens navn og tid og sted for vedtaket,
 - b) beskrivelse av tjenestemottakerens situasjon og en faglig vurdering av denne,
 - c) beskrivelse av de tiltakene som skal settes i verk og den faglige begrunnelsen for disse,
 - d) fastsettelse av tidsramme for tiltakene,
 - e) bekreftelse på at vilkårene i kapitlet er oppfylt, herunder kravet om begrunnelse etter § 5-5 nr. 1, andre setning,
 - f) opplysning om hvilken holdning tjenestemottakeren og dennes representant har til tiltaket,
 - g) angivelse av faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket,
 - h) opplysning om fylkesmannens overprøvingsmyndighet og adgang til å uttale seg i saker som skal overprøves etter § 5-8, og
 - i) opplysning om tilsynsmyndighet.
4. Vedtaket skal sendes fylkesmannen til overprøving etter § 5-8. Vedtaket skal samtidig sendes spesialisthelsetjenestene, verge eller hjelpeverge og pårørende som kan avgi uttalelse til fylkesmannen. Frist for å avgi slik uttalelse er én uke fra vedtaket er mottatt. Vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av fylkesmannen. Dersom vedtaket er påklagd etter § 5-10 nr. 2, kan det ikke iverksettes før fylkesnemnda for sosiale saker har godkjent vedtaket.

§ 5-8 Fylkesmannens overprøving

1. Fylkesmannen skal overprøve alle vedtak etter § 5-5 nr. 3, bokstavene b og c, jf. § 5-7 nr. 4. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.
2. Fylkesmannen skal gi vergen eller hjelpevergen og pårørende opplysning om klageadgangen etter § 5-10 nr. 2.

§ 5-9 Krav til gjennomføring og evaluering

1. De spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for, skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 5-5, nr. 3, bokstavene b og c.
2. Gjennomføringen av tiltak etter § 5-5, nr. 3, bokstavene b og c, skal skje under ledelse av kvali-

fisert personale. Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere til stede dersom dette ikke er uheldig for tjenestemottakeren.

3. Når tiltak etter § 5-5, nr. 3, bokstav b, gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høgskolenivå. Når tiltak etter § 5-5, nr. 3, bokstav c, gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for sosial- og helsefag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet.
4. Tiltaket skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede, det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvensene, eller har uforutsette, negative virkninger.

§ 5-10 Klage

1. Beslutning etter § 5-5 nr. 3, bokstav a, kan påklages av tjenestemottakeren, verge eller hjelpeverge, og nærmeste pårørende, til fylkesmannen. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.
2. Vedtak etter § 5-5, nr. 3, bokstavene b og c, som er overprøvd av fylkesmannen etter § 5-8, kan påklages av tjenestemottakeren, vergen eller hjelpevergen eller nærmeste pårørende til fylkesnemnda for sosiale saker. Hvis fylkesmannen har nektet å godkjenne kommunens vedtak, kan kommunen, nærmeste pårørende, verge eller hjelpeverge påklage fylkesmannens vedtak. Fylkesnemnda skal prøve alle sider av saken.
3. Det kan oppnevnes et eget utvalg av sakkyndige for saker som etter reglene i kapitlet her skal behandles av fylkesnemnda. For øvrig gjelder reglene i denne lovens §§ 7-2 til 7-7. Kongen kan gi forskrift om at disse reglene skal gjelde helt eller delvis.
4. Klagesaken skal forberedes av fylkesmannen etter bestemmelsene i Forvaltningsloven § 33, første til fjerde avsnitt. Fylkesmannen skal redegjøre for de omstendighetene som ligger til grunn for vedtaket. De skriftlige uttalelsene og forklaringene som vedtaket bygger på, skal vedlegges. Det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda.
5. Klagefristen er tre uker fra vedtaket eller melding om beslutning er kommet fram til den som har klagerett etter første og annet ledd.

§ 5-11 Tvangstiltak ved spesialisthelsetjenestene

1. Reglene i kapitlet her gjelder tilsvarende for de spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for, når de deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 5-7.
2. Som ledd i spesialisthelsetjenestenes utførelse av oppgaver etter §§ 5-7 og 5-9 kan det treffes vedtak om bruk av tvang og makt i medhold av reglene i kapitlet her. Saksbehandlingsreglene i kapitlet her gjelder så langt de passer.
3. Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenestene har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i kapitlet her.

§ 5-12 Forskrift

Kongen kan gi forskrift til utfylling og gjennomføring av reglene i kapitlet her.

Kapittel 6. Tvangsmessig innleggelse og tilbakehold i institusjon for rusmiddel-misbrukere

§ 6-1 Innleggelse og tilbakehold i institusjon uten eget samtykke

1. Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1, andre avsnitt, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.
2. Vedtak etter nr. 1 skal treffes av fylkesnemnda for sosiale saker etter reglene i kapittel 7. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av tjenestemottakeren under institusjonsoppholdet.
3. Fylkesnemndas vedtak etter nr. 1 kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen seks uker, faller det bort.
4. Kommunen kan treffe midlertidig vedtak etter nr. 1 dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta, kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. Lederen i fylkesnemnda skal snarest, og om mulig innen 48 timer, treffe vedtak om fore-

løpig godkjenning av det midlertidige vedtaket. Midlertidige vedtak etter bestemmelsen her er enkeltvedtak. Fylkesnemnda er klageinstans.

5. Er det truffet midlertidig vedtak etter nr. 4, skal et forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 6-2 Tilbakehold av gravide rusmiddelmissbrukere

1. Fylkesnemnda for sosiale saker kan vedta at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, andre avsnitt, og holdes tilbake der i hele svangerskapet, dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.
2. Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.
3. Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen denne fristen. Saksbehandlingen følger ellers reglene i kapittel 7.
4. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.
5. Kommunen kan treffe midlertidig vedtak etter nr. 1 dersom de hensynene bestemmelsen skal ivareta, kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. Lederen i fylkesnemnda skal snarest, og om mulig innen 48 timer, treffe vedtak om foreløpig godkjenning av det midlertidige vedtaket. Midlertidige vedtak etter bestemmelsen her er enkeltvedtak. Fylkesnemnda er klageinstans.
6. Er det truffet midlertidig vedtak etter nr. 5, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 6-3 Plikt for kommunen til å vurdere tvangsinnleggelse etter melding fra pårørende

Ved melding fra nærmeste pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk skal kommunen foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter § 6-1 eller § 6-2. Når saken er utredet, skal nærmeste pårørende få tilbakemelding om dette.

§ 6-4 Innledning til sak som etter § 6-1 eller § 6-2

1. Sak etter i § 6-1 eller § 6-2 innledes ved at kommunen utarbeider forslag om tiltak etter vedkommende bestemmelse. I forslaget skal kommunen redegjøre for de omstendighetene den legger til grunn for det tiltaket som den forutsetter skal settes i verk. De skriftlige uttalelsene og forklaringene som forslaget bygger på, skal vedlegges, og det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda.
2. Dersom forslaget er forelagt et folkevalgt organ, jf. § 4-4, skal forslaget, dersom organet er enig, med eventuelle merknader, deretter omgående sendes til fylkesnemnda. Haster saken, kan den sendes til nemnda uten at den er forelagt det folkevalgte organet på forhånd.

§ 6-5 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke

1. Når en rusmiddelmissbruker på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, andre avsnitt, kan institusjonen sette som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.
2. Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje inntil tre ganger for hvert opphold. Dersom misbrukeren rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt misbrukeren er brakt tilbake til institusjonen.
3. Samtykke til innleggelse skal være skriftlig og skal gis til institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner. Slikt samtykke kan også gis ved direkte overgang fra tvunget opphold med hjemmel i § 6-1 eller 6-2 til frivillig innleggelse. Før misbrukeren gir sitt samtykke, skal hun

eller han forelegges eventuelle vilkår som nevnt i nr. 1 og 2.

4. Institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at tjenestemottakeren, før oppholdet begynner, gir samtykke til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet.
5. Et barn over 12 år med rusproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

§ 6-6 Bistand fra politiet

Politiet har plikt til å gi bistand ved fullbyrdelse av tvangsvedtak overfor rusmiddelmisbrukere.

Kapittel 7. Saksbehandling for fylkesnemnda for sosiale saker

§ 7-1. Fylkesnemnda for sosiale saker

I hvert fylke skal det være en nemnd - fylkesnemnda for sosiale saker - som skal avgjøre saker om tvangstiltak overfor psykisk utviklingshemmede eller overfor rusmiddelmisbrukere etter reglene om dette i § 5-10 nr. 2, § 6-1 nr. 2 og 5, og § 6-2 nr. 1, 5 og 6.

§ 7-2 Fylkesnemndas sammensetning

1. Til å gjøre tjeneste i fylkesnemnda skal departementet oppnevne.
 - a) en leder med juridisk utdanning og erfaring, samt ved behov, en stedfortreder med samme kvalifikasjoner,
 - b) et utvalg av sakkyndige, og
 - c) et alminnelig medlemsutvalg.
2. Oppnevningen av utvalg som nevnt i nr. 1 bokstav b og c, gjelder for fire år om gangen. Ved oppnevning av utvalg som nevnt i første avsnitt, bokstav c, skal det innhentes forslag fra fylkeskommunen.
3. Kongen kan bestemme at flere fylker skal ha felles nemnd.

§ 7-3. Fylkesnemndas sammensetning i den enkelte sak.

1. Fylkesnemnda sammensettes i den enkelte sak av lederen, to sakkyndige medlemmer som utpekes fra utvalget nevnt i § 7-2 nr. 1 b, bokstav b, og to medlemmer utpekt ved loddrekning i utvalget nevnt i § 7-2 nr. 1, bokstav c, for begge typer medlemmer etter reglene i Domstolslo-

ven om utvelgelse av meddommere. Er partene enige, kan lederen bestemme at det ikke skal oppnevnes sakkyndige medlemmer.

2. Lederen kan tilkalle sakkyndige utenfor utvalget. Disse skal ikke delta i avgjørelsen.

§ 7-4 Oppnevning av fullmektig for den private part m.m.

1. Har den private part ikke allerede engasjert advokat, skal fylkesnemndas leder eller sekretariat sørge for at det blir utpekt advokat for parten.
2. Advokaten skal omgående gjøres kjent med forslaget og de vedlagte dokumentene, og gis frist for skriftlig fremstilling, fremlegging av dokumenter, og opplysning om hvilke vitner hun eller han ønsker å føre. De begrensningene i partens rett til å se saksdokumenter som er fastsatt i Forvaltningsloven § 19. første avsnitt, bokstav c, og i andre avsnitt, gjelder ikke for partens og advokatens innsyn i disse dokumentene.

§ 7-5 Inhabilitet.

Om inhabilitet for fylkesnemndas medlemmer og sakkyndige, og om prøving av inhabilitetsspørsmålet, gjelder bestemmelsene i Domstolloven kapittel 6.

§ 7-6 Forhandlingsmøte.

1. Det skal holdes et møte med partene for gjennomgåelse av saken samt dokumentasjon og vitneførsel snarest mulig, normalt innen én uke etter at fylkesnemnda mottok saken. Nemndas leder kan bestemme at saken skal avgjøres uten et slikt møte dersom partene er enige om det.
2. Den private part skal innkalles til møte som nevnt i nr. 1 og gis anledning til å uttale seg. Saken kan imidlertid fremmes selv om hun eller han uteblir.
3. Kommunen skal som regel være representert av en advokat under saken.
4. Bestemmelsene i Tvistemålsloven om vitneplikt og vitneførsel, og om plikt til å legge fram dokumentbevis, gjelder så langt de passer.

§ 7-7 Vedtak og begrunnelse.

1. Vedtak skal treffes snarest mulig etter forhandlingsmøtet. Vedtaket skal begrunnes etter reglene i Tvistemålsloven om begrunnelse av dommer.

2. I meldingen om vedtaket skal det gjøres oppmerksom på overprøvingsadgangen etter § 9-10.

§ 7-8 Domstolsprøving av fylkesnemndas vedtak.

1. Fylkesnemndas vedtak, herunder vedtak i klagesak etter § 5-10 nr. 2, kan bringes inn for tingretten av den private part som tvangsinngrepet er rettet mot, eller av kommunen. Kommunen er alltid part i saken. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder § 4-2 nr. 2 tilsvarende.
2. Søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda for sosiale saker har nektet å godkjenne kommunens vedtak.
3. Tingretten skal settes med to meddommere, oppnevnt av dommeren etter reglene i Domstolsloven.
4. Den som inngrepet er rettet mot, kan reise sak på egen hånd dersom hun eller han har evne til å forstå hva saken gjelder. Saksøkt er Staten ved fylkesmannen i saker etter kapittel 5, og Staten ved vedkommende regionale helseforetak i saker etter kapittel 6. Søksmål kan også reises av nærmeste pårørende, verge eller hjelpeverge. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder § 4-2 nr. 2 tilsvarende.
5. Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket. Dersom hun eller han ikke overholder fristen, kan det gis oppreisning etter reglene i Domstoloven.
6. Anke over tingrettens dom går til lagmannsretten. Lagmannsretten skal settes med to fagkyndige og to lege meddommere som retten utpeker etter reglene i Domstolsloven.
7. Kommunen dekker sine egne omkostninger i saken. For øvrig dekker staten omkostningene ved saken. En part kan bare pålegges ansvar for en annen parts omkostninger dersom særlige grunner taler for det.
8. For øvrig gjelder tvistemålsloven kapittel 33 tilsvarende ved overprøving av disse vedtakene så langt det passer.

§ 7-9 Endringer i fylkesnemndas vedtak.

Krav fra den private part om endringer i fylkesnemndas vedtak kan avgjøres av fylkesnemndas leder uten muntlig forhandling, dersom hun eller han finner at det ikke er lagt fram nye opplysninger av betydning.

§ 7-10 Forskrifter om saksbehandlingen.

Kongen kan gi utfyllende forskrifter om saksbehandlingen for fylkesnemnda.

Kapittel 8. Journaler

§ 8-1 *Rekkevidden av bestemmelsene i kapitlet her. Forholdet til andre lovbestemmelser om journalføring*

1. Bestemmelsene i kapitlet her gjelder ved tjenester som ytes etter loven her, og ved saksbehandling, overprøving og kontroll av avgjørelser om slik tjenesteyting eller vedtak hvor slike tjenester inngår.
2. Bestemmelsen i kapitlet her gjelder tilsvarende for barneverntjenesten.
3. Kongen kan gi nærmere regler om forholdet mellom bestemmelsene om journalføringsplikt og rett til innsyn i egen journal i loven her, og de tilsvarende reglene i Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven.

§ 8-2 Plikt til å føre journal

1. Når det ytes tjenester etter loven her, skal kommunen sørge for at opplysninger som nevnt i nr. 2 og i forskrift etter nr. 3, blir nedtegnet i en journal for den enkelte tjenestemottaker. Det skal fremgå hvem som har ført de enkelte opplysningene i journalen.
2. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om tjenestemottakeren og de tjenestene som skal gis eller er gitt, samt de opplysningene som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov.
3. Kongen kan gi forskrift om plikt til å føre journal som tjenestemottakeren selv oppbevarer (egenjournal).
4. Kongen kan gi forskrift med nærmere regler om journalføring og ansvar for dette, herunder om oppbevaring, overdragelse, opphør av journalføring og tilintetgjøring av denne.

§ 8-3 Rett til innsyn i journal

1. Tjenestemottaker har rett til innsyn i egen journal med bilag. På forespørsel skal hun eller han gis kopi av journalen. Tjenestemottaker kan også kreve en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk og uklare punkter i journalen.
2. Tjenestemottaker kan nektes innsyn i opplysninger i journalen hvis dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for tjenestemottakeren selv, eller hvis innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står tjenestemottaker nær.

3. En representant utpekt av tjenestemottaker har rett til innsyn i opplysninger som tjenestemottaker selv nektes innsyn i, med mindre representanten anses uskikket for dette. En lege eller advokat kan ikke nektes innsyn, med mindre særlige grunner taler for dette.
4. Bestemmelsene i § 9-3, bokstav a - c, gjelder tilsvarende for innsynsrett i journalen.
5. Avslag på anmodning om journalinnsyn kan påklages til fylkesmannen.
6. Kongen kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om retten til innsyn journal, og kan herunder gi regler om rett til å kreve betaling for kopier.

§ 8-4 Retting av journal.

1. Etter krav fra den opplysningen gjelder, eller av eget tiltak, skal den som er ansvarlig for journalføringen, rette feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn i journalen. Dette skal skje ved at en datert retting tilføyes i journalen.
2. Dersom krav om retting avslås, skal kravet om retting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen.
3. Avslag på krav om retting kan påklages til fylkesmannen som avgjør om retting skal foretas.
4. Kongen kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om retting etter paragrafen her.

§ 8-5 Sletting av journalopplysninger.

1. Etter krav fra den journalopplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal den som er ansvarlig for journalføringen, slette opplysninger eller utsagn i journalen dersom dette er ubetenkelig ut fra allmenne hensyn, ikke strid med Arkivloven §§ 9 og 19 eller bestemmelser gitt i medhold av disse, og opplysningene
 - a) er feilaktige eller misvisende og føles belastende for den de gjelder, eller
 - b) åpenbart ikke er relevante i den sammenheng de er innhentet i.
2. Dersom krav om sletting avslås, skal kravet og begrunnelsen for avslaget nedtegnes i journalen.
3. Avslag på krav om sletting kan påklages til fylkesmannen. Det skal innhentes uttalelse fra Datatilsynet, og fra Riksarkivaren hvis det er spørsmål om sletting vil være i strid med Arkivloven §§ 9 eller 18 eller bestemmelser gitt i medhold av disse.
4. Kongen kan gi forskrift om sletting etter paragrafen her.

§ 8-6 Elektronisk journal

Kongen kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om bruk av elektronisk journal, og kan herunder oppstille krav om opplæring og om tiltak som skal sikre mot at uvedkommende får innsyn i journalen eller kjennskap til opplysninger i denne.

§ 8-7 Opptegetninger og journal som bevis

I rettssak om tjenesteyting etter loven her kan opptegetninger, journal og journalmateriale kreves lagt fram som bevis i original, eller som bekreftet fotokopi eller utskrift, så langt dette kan skje uten å komme i konflikt med reglene om taushetsplikt.

Kapittel 9. Taushetsplikt

§ 9-1 Rekkevidden av bestemmelsene i kapitlet.

Forholdet til andre lovbestemmelser om taushetsplikt

1. Bestemmelsene i dette kapitlet gjelder ved tjenester som ytes etter loven her, og ved saksbehandling, overprøving og kontroll av avgjørelser om slik tjenesteyting eller vedtak hvor slike tjenester inngår.
2. Bestemmelsene gjelder tilsvarende for barneverntjenesten.
3. Bestemmelsene om taushetsplikt i Forvaltningsloven og Helsepersonelloven gjelder så langt de ikke strider mot bestemmelsene i kapitlet her.

§ 9-2 Taushetspliktens innhold

1. Enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om noens helsemessige og sosiale forhold, eller andre personlige forhold, som hun eller han blir kjent med i forbindelse med tjenesten eller arbeidet.
2. Kommunen har ansvar for å etablere systemer som beskytter slike opplysninger mot innsyn fra andre enn dem som trenger dem i sin tjeneste etter loven her. Kongen kan gi forskrifter om krav til informasjonssikkerhet ved elektronisk lagring.
3. Som personlige forhold regnes også fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysninger om en tjenestemottakers oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tjenestemottakerens tillit til tjenesten at man gir slik opplysning.
4. Taushetsplikten gjelder også etter at den som har taushetsplikt, har avsluttet tjenesten eller

arbeidet. Hun eller han kan heller ikke utnytte opplysninger som nevnt i paragrafen her, i egen virksomhet eller i tjeneste eller arbeid for andre.

§ 9-3 Unntak fra taushetsplikten

Taushetsplikt etter § 9-2 er ikke til hinder for:

- a) At opplysninger om tjenestemottaker som har ikke har fylt 16 år, gis til foreldrene eller andre med foreldreansvar, eller til barneverntjenesten hvis denne har overtatt omsorgen etter Barnevernloven § 4-8 eller § 4-12. Har tjenestemottakeren fylt 12 år, skal opplysninger likevel ikke gis til disse hvis hun eller han motsetter seg dette, av grunner som bør respekteres.
- b) At opplysninger om tjenestemottaker som har fylt 16, men ikke 18 år, gis til foreldre eller andre med foreldreansvar, eller til barneverntjenesten hvis denne har overtatt omsorgen etter Barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, når opplysningene er nødvendige for å kunne oppfylle foreldreansvaret eller omsorgsansvaret.
- c) At opplysninger gis til nærmeste pårørende, eller til verge eller hjelpeverge, når tjenestemottakeren på grunn av fysisk eller psykisk funksjonssvikt åpenbart ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser, hvis opplysningene er nødvendige for å kunne oppfylle omsorgsfunksjonen i forhold til tjenestemottaker, eller oppgaven som hennes eller hans rettslige representant.
- d) At opplysninger gis videre når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold.
- e) At opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt.
- f) At opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør dette rettmessig.
- g) At opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov, når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde.
- h) At opplysninger gis videre til annen offentlig myndighet i den utstrekning det er nødvendig for lovpålagt tilsyn og kontroll med tjenesten.
- i) At opplysninger gis til kontroll- eller påtalemyndighet i forbindelse med anmeldelse av lovbrudd, når slik anmeldelse har naturlig sammenheng med avgiverorganets oppgaver, og allmenne interesser tilsier at forholdet blir anmeldt.

§ 9-4 Samtykke til å gi informasjon

1. Taushetsplikt etter § 9-2 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysnin-

gene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

2. For personer under 16 år må foreldrene eller andre med foreldreansvaret samtykke for at slike opplysninger kan gjøres kjent. Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å gi slikt samtykke.
3. Er tjenestemottaker over 16 år, og hun eller han på grunn av bevisstløshet eller fysisk eller psykisk funksjonssvikt åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, kan nærmeste pårørende gi samtykke. Hvis det er oppnevnt verge eller hjelpeverge som skal ivareta tjenestemottakers personlige interesser, skal også vergen eller hjelpevergen gi slikt samtykke.
4. Tjenesteyter skal legge forholdene best mulig til rette for at tjenestemottaker ut fra sine forutsetninger skal bli i stand til selv å gi samtykke, jf. § 1-4 nr. 2.
5. en som kan gi samtykke på vegne av tjenestemottaker etter nr. 2 og 3, skal høre hva hun eller han har å si før samtykke gis til viderefremming av opplysninger, så langt dette er meningsfullt ut fra tjenestemottakerens modning, utvikling og forståelse av egen situasjon. Det skal legges vekt på hva tjenestemottaker mener ut fra hans eller hennes utvikling eller funksjonsevne. Barn som har fylt 12 år, skal alltid få si sin mening hvis ikke særlig tungtveiende hensyn taler mot dette.
6. Dersom hensynet til et barn eller tjenestemottaker som nevnt i nr. 3 tilsier det, kan departementet eller fylkesmannen bestemme at opplysningene skal være underlagt taushetsplikt etter loven her, selv om det foreligger samtykke fra den som kan gi slikt etter nr. 3 eller nr. 4.

§ 9-5 Opplysninger etter en persons død

1. Taushetsplikt etter § 9-1 er ikke til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom vektige grunner taler for dette. Ved vurderingen av om opplysninger skal gis, skal det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art, den tid som er gått, og de pårørendes og samfunnets interesser.
2. Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal og saksmappe etter en persons død hvis ikke særlige grunner taler mot det.

§ 9-6 Opplysninger til samarbeidende personell

1. Taushetspliktbelagte opplysninger kan, når det er nødvendig av hensyn til gjennomføringen av tjenestetilbudet, gis til samarbeidende personell i kommunen eller for å gjennomføre individuell plan eller annet avtalemessig faglig samarbeid, på tvers av forvaltningsnivåene eller med private tjenesteytere, som hun eller han er kjent med. Dette gjelder likevel ikke hvis det er grunn til å tro at tjenestemottakeren ville motsette seg det.
2. Taushetsplikt etter § 9-2 er heller ikke til hinder for at personell som bistår med kontortjenester, arkivering eller elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, får tilgang til opplysninger når slik bistand er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon.
3. Den som blir meddelt taushetspliktbelagte opplysninger i medhold av bestemmelsene i nr. 1 og 2 ovenfor, har taushetsplikt etter loven her. Dette gjelder også den som ikke er offentlig tjenestemann eller som har selvstendig taushetsplikt etter annen lov.

§ 9-7 Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer

1. Uten hinder av taushetsplikt kan det gis opplysninger til den faglige og administrative ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi tjenester etter loven her, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.
2. Reglene om taushetsplikt i loven her gjelder tilsvarende for administrativt personell som får slike opplysninger.

§ 9-8 Opplysninger til bruk for arbeidsgiver, i tilsettings situasjoner, i forsikringsforhold, ved kredittvurdering og lignende

1. Selv om tjenestemottaker samtykker, skal opplysninger som er taushetspliktbelagte etter loven her, ikke utleveres eller bekreftes til bruk i saker om tilsettingsforhold, forsikring, kredittvurdering og lignende.
2. Kongen kan i forskrift gi nærmere regler om rekkevidden av forbudet i nr. 1, og om adgang til å gi opplysninger om en arbeidstaker til arbeidsgiveren, i den utstrekning opplysningene angår forhold av avgjørende betydning for arbeidstakerens skikkethet til et bestemt arbeid eller oppdrag.

§ 9-9 Opplysninger til forskningsformål

1. Departementet kan bestemme at opplysninger kan eller skal gis til bruk i forskning uten hinder av taushetsplikt etter § 9-2. Til slikt vedtak kan knyttes vilkår. Reglene om taushetsplikt etter loven her gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene i medhold av slik tillatelse eller slikt pålegg.
2. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om bruk av taushetsbelagte opplysninger i forskning.

Kapittel 10. Miljørettet helsevern

§ 10-1 Definisjon. Forskrifter

1. Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Det omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.
2. For å fremme de formålene som er nevnt i § 1-1 kan Kongen gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder om drikkevann og hygieniske forhold i bygninger, boliger, lokaler, innretninger og enhver form for virksomhet. Det kan også gis regler om plikt til å ha internkontrollsystemer for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av loven her overholdes.
3. I samsvar med Smittevernloven, jf. § 1-1 i loven her, kan Kongen gi forskrifter om at den som vil drive visse slag virksomheter som kan medføre fare for overføring av smittsomme sykdommer, må søke om tillatelse. I forskriftene kan det blant annet fastsettes kvalitetskrav eller grenseverdier til anlegg, utstyr og virksomhet, og kvalifikasjonskrav til personell knyttet til slik virksomhet.

§ 10-2 Kommunens oppgaver

Kommunen skal ha tilsyn med de forhold som er nevnt i § 10-1 nr. 1. Innen miljørettet helsevern skal kommunen utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov.

§ 10-3 Delegasjon av myndighet. Hasterkompetanse

1. Hvis ikke annet er sagt i vedkommende bestemmelse, kan kommunestyret delegere kompetanse etter bestemmelsene i kapitlet her til fast utvalg i kommunen eller til kommunerådet, til ordfører eller til kommunens administra-

sjonssjef, eller til interkommunalt organ i enkeltsaker eller i saker som ikke er av prinsipiell betydning.

Kommunestyret kan også delegerer slik myndighet til annen kommune etter avtale med denne. Vedtak truffet av organ i annen kommune i medhold av slikt delegasjonsvedtak må stadfestes av den delegerende kommune for å få rettsvirkning.

2. Hvis ikke kommunestyret har bestemt noe annet, kan fast utvalg eller kommunerådet viderelegere kompetanse til å treffe avgjørelse i enkeltsaker eller saker som ikke er av prinsipiell betydning, til utvalgsleder eller arbeidsutvalg i utvalget, til medlem av kommunerådet med administrativt ledelsesansvar, eller til administrasjonssjefen.
3. Den faglig ansvarlige for vedkommende tjeneste kan alltid treffe vedtak etter kapitlet her, hvis dette på grunn av tidsnød er nødvendig for å avverge vesentlig skade eller fare. Dette gjelder ikke beslutning om å begjære påtale i de saker som er nevnt i § 10-11, nr. 3.

Hvis kommunen har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern etter loven her til et interkommunalt organ, kan myndighet etter bestemmelsen her utøves av en eller flere faglig ansvarlige i dette organet.

§ 10-4 Meldingsplikt og godkjenning

1. I forskrifter etter § 10-1, nr. 2, kan det gis nærmere bestemmelser om meldingsplikt til kommunen for den som planlegger eller iverksetter virksomhet som etter sin art kan ha innvirkning på helsen, eller endring i slik virksomhet.
2. I slik forskrift kan det også fastsettes at virksomheter som det etter nr. 1 kan kreves melding om, skal være godkjent av kommunen. Nærmere bestemmelser om slik godkjenning kan gis i forskriftene. I forskriftene kan bestemmes at fylkesmannen gir godkjenning dersom slik virksomhet berører flere kommuner. Det kan bestemmes at hvis virksomheten berører flere fylker, skal departementet gi godkjenning. Det kan videre gis bestemmelser om klageordning i tilfelle hvor fylkesmannen eller departementet gir godkjenning. I forskriftene kan det bestemmes at Mattilsynet gir godkjenning av drikkevann og vannforsyningsanlegg, og regler om klage over slike vedtak.
3. Kommunen kan ved godkjenning etter nr. 2 sette vilkår for å ivareta hensynet til folks helse.
4. Dersom nødvendig godkjenning ikke foreligger, eller vilkår ikke oppfylles, kan kommunestyret selv kreve virksomheten stanset. Stans-

ning kan bare kreves dersom ulempene stansningen vil medføre, står i rimelig forhold til den helsefare som unngås. Stansning kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

§ 10-5 Konsekvensutredning

1. Kommunestyret kan pålegge den ansvarlige for et forhold ved en eiendom eller virksomhet for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.
2. Kommunestyrets pålegg kan påklages til fylkesmannen etter reglene i Forvaltningsloven kapittel VI.
3. Fylkesmannen kan kreve konsekvensutredning ved behandlingen av klagesaker.

§ 10-6 Opplysningsplikt

1. Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet som etter sin art kan ha innvirkning på helsen, en plikt til, uten hinder av taushetsplikt, å gi kommunen de opplysninger som er nødvendige for at det kan utføre sine gjøremål etter loven. Når særlige grunner tilsier det, kan kommunen også kreve at opplysningene gis av andre som utfører arbeid for den som har opplysningsplikt etter første setning. Opplysninger som nevnt i første setning kan også kreves fra andre offentlige myndigheter uten hinder av den taushetsplikten som ellers gjelder.
2. Den som er ansvarlig for eiendom eller virksomhet som nevnt i nr. 1, skal av eget tiltak gi kommunen opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som åpenbart kan ha negativ innvirkning på helsen.
3. Kommunen kan pålegge den ansvarlige for eiendom, eller virksomhet som nevnt i nr. 1, en plikt til å gi allmennheten eller kunder med videre opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som kan ha innvirkning på helsen.
4. Departementet kan kreve opplysninger fra kommunestyret som er påkrevd av hensyn til overordnet oversikt og tilsyn og for å oppfylle internasjonale forpliktelser.

§ 10-7 Gransking

1. Kommunen kan som ledd i sin virksomhet etter kapitlet her beslutte at det skal foretas gransking av eiendom eller virksomhet. Beslutnin-

gen kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

2. De som utfører granskingen skal ha uhindret adgang til å inspisere eiendom og virksomhet og til å ta nødvendige prøver uten godtgjøring. De kan videre kreve fremlagt dokumenter og materiale samt foretatt undersøkelser som kan ha betydning for kommunens oppfyllelse av sine oppgaver etter kapitlet her. Omkostninger forbundet med granskningen betales av den ansvarlige for eiendommen eller virksomheten.
3. Fylkesmannen har i klagesaker tilsvarende adgang til å beslutte og gjennomføre granskning.
4. Ved granskning av virksomhet eller eiendom skal de som utfører granskningen først ta kontakt med eieren eller representanter for virksomhetens ledelse.

§ 10-8 Retting

1. Kommunen kan gi pålegg om retting av forhold ved en eiendom eller virksomhet i kommunen hvis forholdet direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, eller det er i strid med bestemmelser gitt i medhold av kapitlet her.
2. Pålegget skal være skriftlig og inneholde en frist for når det skal være etterkommet. Det skal rettes til den som er ansvarlig for forholdet, eller til virksomheten som sådan, herunder selskap eller annen sammenslutning, stiftelse, kommune, fylkeskommune eller annen offentlig innretning.
3. Kostnadene ved å gjennomføre pålegget skal dekkes av den som er ansvarlig for forholdet, eventuelt av virksomheten som sådan, jf. nr. 2.

§ 10-9 Tvangsmulkt

1. Ved oversittelse av frist for å oppfylle pålegg om retting av forhold etter § 10-8 kan kommunen ilegge adressaten for pålegget tvangsmulkt i form av engangsmulkt eller løpende dagmulkt. Tvangsmulkten må enten være fastsatt samtidig med pålegget eller i forbindelse med fastsettelse av ny frist for oppfyllelse av pålegget. Tvangsmulktens størrelse fastsettes under hensyn til hvor viktig det er at pålegget blir gjennomført og hvilke kostnader det antas å medføre.
2. Tvangsmulkten er tvangsgrunnlag for utlegg.
3. Kongen kan gi nærmere bestemmelser om fastsettelse og beregning av tvangsmulkt.

§ 10-10 Stansing

Oppstår det forhold ved en virksomhet som medfører en overhengende fare for helseskade, skal kommunestyret selv stanse hele eller deler av virksomheten inntil forholdene er rettet. Stansing kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

§ 10-11 Straff

1. Med bøter eller fengsel inntil tre måneder, eller begge deler, straffes den som forsettlig eller uaktsomt overtrer pålegg eller forskrifter gitt i medhold av kapitlet her.
2. Medvirkning straffes på samme måte.
3. Har overtredelsen ikke medført helseskade eller betydelig fare for helseskade, skjer offentlig påtale kun etter begjæring fra kommunestyret selv.

§ 10-12 Klage

Fylkesmannen avgjør klager over vedtak truffet av kommunen etter kapitlet her.

Kapittel 11. Organiseringen av den kommunale sosial- og helsetjenester

§ 11-1 Kommunens ansvar for organisering av sosial- og helsetjenester

1. Kommunen har ansvar for å organisere tildeling og gjennomføring av tjenester etter loven her slik at de gir et lett tilgjengelig, faglig forsvarlig og koordinert tilbud. Den skal planlegge, organisere og legge til rette for at tjenesteytende personell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.
2. Kongen kan i forskrift gi nærmere regler om denne pliktens innhold, herunder om faglige kvalifikasjoner for personell i særlige stillinger.
3. Kommunen skal utpeke faglig ansvarlige for tjenestene etter loven her. Den enkelte faglig ansvarlige har et selvstendig og personlig ansvar for å påse at det tjenestetilbudet som gis oppfyller lovens krav om et faglig forsvarlighet, og for å melde fra til kommunens ledelse og om nødvendig til tilsynsmyndigheter om så ikke er tilfelle.
4. Kommunen skal føre internkontroll for å sikre at virksomheten etter loven her oppfyller tjenestemottakernes behov og er i overensstemmelse med lover, forskrifter og vedtak i medhold av lov. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten.

5. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om internkontroll, dokumentasjonskrav og rapporteringsrutiner.

§ 11-2 Ivaretagelse av sosial- og helsefaglige hensyn i annen offentlig virksomhet

1. De faglig ansvarlige for tjenestene skal medvirke til at hensyn til sosiale forhold, helse og miljø blir ivaretatt av andre deler av kommunalforvaltningen. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser, og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer.
2. De faglig ansvarlige skal av eget tiltak rette henvendelse til offentlig organ som har ansvar for tiltak som kan ha skadelig innflytelse inn på sosiale, helsemessige eller miljømessige forhold i kommunen.
3. Dersom noen som har faglig ansvar etter loven her, blir kjent med forhold som kan tilsi tiltak etter Arbeidsmiljøloven, Produktkontrollloven, Forurensningsloven eller Genteknologiloven, skal hun eller han underrette berørte fagmyndigheter slik at disse kan fatte de nødvendige vedtak.
4. Kongen gir nærmere regler om samarbeid mellom kommunens faglige ansvarlige og andre fagmyndigheter, og om koordinering av tiltak.

§ 11-3 Interkommunalt samarbeid

1. Kommuner kan samarbeide om løsningen av oppgaver etter loven her, ved etablering av interkommunalt samarbeid etter Kommuneloven § 27, eller ved etablering av interkommunalt selskap.
2. Departementet kan påby samarbeid mellom kommuner når det er nødvendig for en tilfredsstillende løsning av oppgaver etter loven her, og gi bestemmelser om fordeling av utgiftene ved slikt samarbeid.

§ 11-4 Voldgift

1. Dersom kommuner som samarbeider om tjenester etter loven her, helt eller delvis, eller er pålagt å gjøre dette, ikke blir enige om rettigheter og plikter i forholdet, kan hver av dem kreve tvisten løst ved voldgift.
2. Hvis ikke partene er enige om annen ordning, velger hver kommune ett medlem av voldgiftsretten, og departementet velger leder for denne.
3. Dersom tre eller flere kommuner er parter i saken og disse ikke blir enige om oppnevning

av to eller flere voldgiftsdommere, foretar departementet valget av alle medlemmene av voldgiftsretten.

4. Forøvrig gjelder reglene i Voldgiftsloven så langt de passer.

§ 11-5 Samarbeid med andre

1. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at sosial- og helsetjenestene i landet best mulig kan virke som en enhet.
2. Kongen kan gi forskrift med nærmere regler om ansvarsforholdet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.
3. Kommunen kan samarbeide med private organisasjoner og andre private aktører hvor det er egnet til å fremme sosial- og helsetjenestens formål.
4. Kongen kan gi forskrifter om samarbeid etter nr. 1 og nr. 2 og utgiftsfordeling mellom samarbeidende offentlige organer, herunder om prosedyrer for innlegging i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, og om avgjørelse av eventuell konflikt om ansvarsforhold og utgiftsfordeling.

§ 11-6 Egenbetaling

Kongen gir regler om når det kan tas egenbetaling for tjenester etter loven her, og om de satsene som i tilfelle kan benyttes.

§ 11-7 Opplæring av personell

Kommunen har ansvaret for at personell som yter tjenester etter loven her, får den nødvendige opplæring, herunder etter- og videreutdanning. Personalet er forpliktet til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like. Kongen kan gi forskrifter om opplæringen.

§ 11-8 Beredskapsplan. Bistandsplikt ved ulykker og i akutte situasjoner

1. Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sine sosial- og helsetjenester i samsvar med Helse- og sosialberedskapsloven. Beredskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.
2. Kommunen skal gi nødvendig hjelp under ulykker og i andre akutte situasjoner, og på anmodning stille personell til disposisjon for redningstjenesten.

3. På anmodning fra annen kommune skal det gis bistand ved ulykker og i akutte situasjoner. Hvis ikke noe annet er avtalt, skal den kommunen som mottar slik bistand, dekke utgiftene ved denne.
4. Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge personell som tjenestegjør i kommunen å utføre nærmere angitt tilvist arbeid.

§ 11-9 Registrering av opplysninger om tjenesteytende personell

1. Kommunen skal motta og registrere meldinger om personer som er tjenesteytere etter loven her i kommunen.
2. Kongen kan i forskrift gi regler om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis, og hvordan de skal registreres og eventuelt formidles videre til sentralt register.

§ 11-10 Legefordeling til kommunene

1. Departementet kan i forskrift fastsette en samlet ramme for det enkelte år for
 - a) antall nye kommunale legestillinger som kan opprettes, og
 - b) antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet, jf § 3-1 nr. 1, bokstav f.
2. Kongen kan gi nærmere forskrifter om innhold og gjennomføring av legefording til kommunene.

Kapittel 12. Tilsyn. Varslingsplikt

§ 12-1 Fylkesmannens tilsyn med den kommunale sosial- og helsetjenesten.

1. Fylkesmannen skal føre tilsyn med at kommunens virksomhet oppfyller kravene i loven her og forskrifter i medhold av denne.
2. I forbindelse med tilsyn med tiltak etter kapittel 5 kan det gjennomføres tilsynsbesøk uten beboerens samtykke. Fylkesmannen skal også føre tilsyn med tiltak der spesialisthelsetjenestene har truffet vedtak etter § 5-11.
3. Fylkesmannen kan uten hinder av taushetsplikt kreve innsyn i opplysninger som er nødvendige for at hun eller han kan utføre sine oppgaver etter nr. 1 og 2.

4. Hvis virksomhet etter loven her drives på en måte som kan ha skadelige følger for tjenestemottaker eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan fylkesmannen gi pålegg om å rette forholdet.
5. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilsynet.

§ 12-2 Statens sosial- og helsetilsyn. Oppgaver

1. Statens sosial- og helsetilsyn har det overordnede tilsynsansvaret for sosial- og helsetjenestene i kommunene og skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med de kravene som stilles i lov og forskrift.
2. Sosial- og helsetilsynet kan uten hinder av taushetsplikt kreve innsyn i opplysninger som er nødvendige for at det skal kunne utføre sine oppgaver etter nr. 1.
3. Kommunen kan påklage pålegg etter § 12-1 nr. 4 til Sosial- og helsetilsynet. Slik klage har bare oppsettende virkning hvis fylkesmannen eller Sosial- og helsetilsynet treffer vedtak om det.
4. Sosial- og helsetilsynet kan også av eget tiltak ta opp sak om tilsyn og pålegg etter loven her overfor kommunen. Kommunen kan påklage pålegg fra Sosial- og helsetilsynet til departementet.

§ 12-3 Tjenesteyters plikt til å melde fra om svikt ved tjenesteytingen

1. Tjenesteyter etter loven her skal melde fra til tilsynsmyndigheten dersom det foreligger forhold som har eller kan ha ført til betydelig skade eller belastning for en tjenestemottaker. Slik melding skal også gis dersom det foreligger forhold som det er vesentlig fare for vil kunne føre til betydelig skade eller belastning for tjenestemottakere, og hvor nødvendige tiltak for å forebygge dette ikke er iverksatt.
2. Kongen kan i forskrift gi utfyllende bestemmelser om meldeplikten etter bestemmelsen her.

Kapittel 13. Endringer i andre lover. Ikrafttredelse

§ 13-1 Lovens ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.

§ 13-2 Oppheving av andre lover

Med virkning fra lovens ikrafttredelse oppheves:
Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene
Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

§ 13-3 Endringer i andre lover

Med virkning fra lovens ikrafttredelse gjøres følgende endringer i Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester:

§ 6-7 skal lyde:

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan *etter loven her, har taushetsplikt etter bestemmelsene i Lov om sosial- og helsetjenester i kommunene kapittel 9.*

Ny § 6-7a skal lyde:

§ 6-7a Journalføring og rett til innsyn i journal

Om journalføring og rett til journalinnsyn gjelder reglene i Lov om sosial- og helsetjenester i kommunene kapittel 8.

Kapittel 18

Lov- og forskriftsregister

Lover:

Arbeidsmiljøloven	Lov 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v.
Arkivloven	Lov 4. desember 1992 nr. 126 om arkiv
Barneloven	Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre
Barnevernloven	Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester
Folketrygdloven	Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd
Forskotteringsloven	Lov 17. februar 1989 nr. 2 om bidragsforskott
Forvaltningsloven	Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker
Gjeldsordningsloven	lov 17. juli 1992 nr. 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner
Helseforetaksloven	Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m.
Helse- og sosialberedskapsloven	Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap
Helsepersonelloven	Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
Helseregisterloven	Lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger
Helsetilsynsloven	Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
Kjønnslemlestelsesloven	Lov av 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse
Kommuneloven	Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner
Kommunehelsetjenesteloven	Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene
Krigspensjonsloven	Lov 13. desember 1946 nr. 21 om krigspensjonering for militærpersoner
Legeloven	Lov 13. juni 1980 nr. 42 om leger
Matloven	Lov 19. desember 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv.
Menneskerettsloven	Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett
Pasientrettighetsloven	Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter
Personopplysningsloven	Lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger
Petroleumsloven	Lov 29. november 1996 nr. 72 om petroleumsvirksomhet
Plan- og bygningslov	Plan- og bygningslov av 14. juni 1985 nr. 77
Smittevernloven	Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer
Sosialtjenesteloven	Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester
Spesialisthelsetjenesteloven	Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
Straffeloven	Lov 22. mai 1902 nr. 10 Almindelig borgerlig straffelov
Straffeprosessloven	Lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker
Strålevernloven	Lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling
Tvistemålsloven	Lov 13. august 1915 nr. 6 om rettergangsmåten for tvistemål
Utlendingsloven	Lov 24. juni 1988 nr. 64 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her

Forskrifter:

Forskrift om individuell plan	Forskrift 8. juni 2001 nr. 676 om individuelle planer etter helselovgivningen
Internkontrollforskriften	Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
Pasientjournalforskriften	Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
Konsekvensutredningsforskriften	Forskrift 21. mai 1999 nr. 502 om konsekvensutredninger
Kvalitetsforskriften	Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester
Pasientansvarlig lege	Forskrift 1. desember 2000 nr. 1218 om pasientansvarlig lege m.m.
Prioriteringsforskriften	Forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp
Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter	Forskrift 16. desember 1998 nr. 1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
Rammeforskriften	Forskrift 31. august 2001 nr. 1016 om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten
Forskrift til Sosialtjenesteloven	Forskrift 4. desember 1992 nr. 0915 til lov om sosiale tjenester m.v.
Vederlagsforskriften	Forskrift 26. april 1995 nr. 392 om vederlag for opphold i institusjon m.v.

Utenlandske lover:

Lov om sykehusvæsenet (28.8.2003)
Lov om aktiv sosialpolitikk (13.8.2003)
Lov om social service (26.8.2003)
Lov om rettsikkerhet og administration på det sociale område (6.2.2004)
Hälso- och sjukvårdslagen av (1982:763)
Socialtjänstlagen av (2001:453)
Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (2001:454)
Sekretesslagen (1980:100)

Rundskriv/retningslinjer

Rundskriv I-3/2003 Ny forskrift om miljørettet helsevern, Helsedepartementet
Rundskriv I-20/2001 til Helsepersonelloven, Sosial- og helsedepartementet
Retningslinjer for fremtidig statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, Kommunal- og regionaldepartementet, september 2002
Retningslinjer for statlig klagebehandling – Forvaltningsloven § 34, Kommunal- og regionaldepartementet H-2103, mai 1998

Internasjonale konvensjoner/traktater

Den europeiske menneskerettskonvensjonen
FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter
FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter
Barnekonvensjonen
Nordisk konvensjon om sosialhjelp og sosiale tjenester
EF-forordning (nr. 1408/71/EF) om samordning av trygdeordningene når arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende eller deres familiemedlemmer flytter innenfor EU
EØS-avtalen, Avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS)
Europarådets sosialpakt
FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming

Litteraturliste

- Andenæs, Molven, Rasmussen, Sandberg og Warberg: *"Sosialrett"* Universitetsforlaget 2003 (6. utgave)
- Bernt, Jan Fridthjof: *"Rettsikkerhetsbegrepet og kampen om velferdsstatens verdigrunnlag"* Juss-Buss, Tvers igjennom lov til seier, Unipax 2001
- Engelschjøn, Lie og Nilsen: *"Helseregisterloven – kommentarutgave"* Universitetsforlaget 2002
- Halvorsen, Marit: *"Rettslig grunnlag for medisinsk behandling"* Fagbokforlaget 1998
- Halvorsen, Marit: *"Nødvendig helsehjelp" som redskap for prioriteringer* Artikkel i Lov og rett nr. 3, 2004
- Kjellehold, Alice: *"Service som rettsikkerhet"* Tidvise skrifter, Samfunn og helse nr. 52, 2003
- Kjellehold, Alice: *"Retten til individuell plan"* Fagbokforlaget 2002
- Kjønstad, Bernt, Kjellehold og Hove: *"Sosial trygghet og rettsikkerhet"* Fagbokforlaget 2000
- Molven, Olav *"Helse og jus"* Gyldendal Akademisk 2002
- Normann, Sandvin, Thommesen: *"Individuell plan – et sesam sesam?"* Kommuneforlaget 2004
- Ohnstad, Bente *"Rettsikkerhet i helse- og sosialtjenesten sett i lys av den rettslige regulering av tjenesteyternes posisjon som henholdsvis myndighets- og profesjonsutøvere"* Kritisk Juss nr. 2/2004 s. 118
- Ohnstad, Bente *"Rettsikkerhet, internkontroll og kvalitetssikring i helse- og sosialtjenesten"* Kritisk Juss nr. 2/2004 s. 172
- Olsen, Leif Oscar: *"Norsk lovkommentar, Kommunehelsetjenesteloven"* Gyldendal Rettsdata 2003
- Robberstad, Anne: *"Mellom tvekamp og inkvisisjon"* Universitetsforlaget 1999
- Rognstad og Strand: *"Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene?"* Studie gjen-gitt i Tidsskrift for Den norske lægeförening nr. 6 2004
- Sinding Aasen, Henriette: *"Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling"* Fagbokforlaget 2000
- Syse, Aslak: *"Pasientrettighetsloven med kommentarer"* Gyldendal Akademisk Oslo 2004
- Tranøy, Knut Erik: *"Det åpne sinn – Moral og etikk mot et nytt årtusen"* Universitetsforlaget 1998
- Offentlige dokumenter*
- Ot.prp. nr. 70 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m.
- Ot. prp. nr. 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)
- Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)
- Ot.prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegordningen)
- Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell
- Ot.prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter
- Ot.prp. nr. 59 (1992-93) Om tilpasning av særlovgivningen til ny kommunelov
- Ot.prp. nr. 42 (1991-92) Om lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Ot.prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester mv.
- Ot.prp. nr. 66 (1981-82) Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene
- St. meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstenestene
- St.meld. nr. 17 (2002-2003) Om statlige tilsyn
- St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge
- St.meld. nr. 14 (2002-2003) Samordning av Aetat, trygdeetaten, og sosialtjenesten
- St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstenestene
- St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta
- St.meld. nr. 21 (1998-1999) Ansvar og meistring
- NOU 2001: 22 Fra bruker til borger

- NOU 1999: 13 Kvinners helse
- NOU 1997: 17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester (Jensenutvalget)
- NOU 1992: 32 Bedre struktur i lovverket
- NOU 1991:6 Mennesker og bioteknologi
- S@mspill 2007 - Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren, Statlig strategi 2004-2007 Utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag fra Helsedepartementet og Sosialdepartementet (03/2004)
- "Sykestuefunksjonen - the missing link", Statens helsetilsyn 2001
- "Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet" SNF-rapport nr. 57/01, Gautun, Kjerstad, Kristiansen
- "Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemfunksjoner" rapport utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet 1999
- "Nasjonalt geriatriprogram: erfaringer fra 5 års statlig geriatri-satsning 1994-99" Statens helsetilsyns skriftserie, 2000:2
- "Sosiale indikatorer 1980-2002: Går vi vanskeligere tider i møte?" Statistisk sentralbyrå 2002
-
-